المركز القومى للترجمة

المشروع القومى للترجمة



الشخصية واضطراباتها والعنف

تحرير: مارى ماكموران - ريتشارد هوارد

ترجمة: عبد المقصود عبد الكريم

1749

يسعى هذا الكتاب إلى توضيح العوامل الشخصية المتضمَنة فى تطور السلوك والآليات العنيفة التى تزيد احتمال حدوث العنف. لتحقيق هذه الغاية يقدم عدد من الباحثين والإكلينيكيين المشهورين عالميا آخر نظرياتهم وأبحاثهم فى عدد من المجالات: **السمات**، وتشمل الاندفاع، والخمسة الكبار، والسمات السيكوباتية. **والاضطرابات**، وتشمل اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والنرجسية. **والوجدان**، ويشمل الانفلات الوجدانى، وعملية التعبير الانفعالى، والغضب، وصعوبات الارتباط، وعيوب التعاطف. **والمعرفة**، وتشمل الانتباه، وحل المشاكل، وأساليب التفكير الإجرامى.

تقدم الفصول التالية أوصافًا قوية لكل هذه المواضيع الخاصة، وتركز على ارتباط البحث بالممارسة الإكلينيكية.

ويلعب هذا الكتاب دورًا فى نشر المعلومات، مع إشارة خاصة إلى اضطراب الشخصية والعنف، على أمل أن يحفز التفكير، والبحث المؤثر والممارسة، ويحسن الخدمة فى النهاية. وأن يسهم فى تقليل العدوان والعنف.

تصميم الغلاف: أحمد عبد الحميد

الشخصية
واضطراباتها والعنف

المركز القومى للترجمة
إشراف: جابر عصفور

- العدد: 1749
- الشخصية واضطراباتها والعنف
- ماري ماكموران، وريتشارد هوارد
- عبد المقصود عبد الكريم
- الطبعة الأولى 2012

هذه ترجمة كتاب:
Personality, Personality Disorder & Violence
Edited by: Mary McMurran & Richard C. Howard

This edition was first Published in 2009

شارع الجبلاية بالأوبرا- الجزيرة- القاهرة. ت: ٢٧٣٥٤٥٢٤ فاكس: ٢٧٣٥٤٥٥٤
El Gabalaya St. Opera House, El Gezira, Cairo.
E-mail: egyptcouncil@yahoo.com Tel: 27354524 Fax: 27354554

الشخصية واضطراباتها والعنف

تحرير : مـــارى ماكـمــوران

ريتشـــارد هـــوارد

ترجمة : عبد المقصود عبد الكريم

2011

بطاقة الفهرسة
إعداد الهيئة العامة لدار الكتب والوثائق القومية
إدارة الشئون الفنية

الشخصية واضطراباتها والعنف / تحرير : مارى ماكموران،
ريتشارد هوارد ؛ ترجمة: عبد المقصود عبد الكريم
ط ١ - القاهرة ، المركز القومى للترجمة ، ٢٠١١
٥٨٨ ص ؛ ٢٤ سم .
١ - الشخصية، اضطرابات .
٢ - علم النفس العلاجى .
٣ - علم النفس الشخصانى
(أ) ماكموران ، مارى (محرر)
(ب) هوارد ، ريتشارد (محرر مشارك)
(جـ) عبد الكريم، عبد المقصود (مترجم)
(د) العنوان ١٥٧,٧

رقم الإيداع : ٢١٨٦١ / ٢٠١٠
الترقيم الدولى 978-977-704-378-6
طبع بالهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية

المحتويات

الجزء الثالث : المعرفة

الخلاصة

المساهمون فى هذا الكتاب

– أنتونى بيتش Anthony Beech : أستاذ علم نفس الإجرام، مركز علم نفس الطب الشرعى والأسرة، مدرسة علم النفس، جامعة برمنجهام، المملكة المتحدة.

– رونالد بلاكبرن Ronald Balckburn: أستاذ متفرغ، قسم علم النفس الإكلينيكى، جامعة ليفربول، المملكة المتحدة.

– ر. جيمس ر. بلير R. James R. Blair: رئيس وحدة العلوم العصبية المعرفية الوجدانية، وبرنامج المزاج والقلق، المعهد القومى للصحة الذهنية، الولايات المتحدة.

– ستيفان أ. دى بريتو Stephan A. de Brito: طالب دكتوراه، قسم علم الصحة الذهنية الشرعية، معهد الطب النفسى، المملكة المتحدة.

– كونور دوجان Conor Duggan: أستاذ الطب النفسى الشرعى، جامعة نوتنجهام، قسم الطب النفسى، المملكة المتحدة.

– فنسنت إيجان Vincent Egan: محاضر فى مدرسة علم النفس (القسم الشرعى)، المملكة المتحدة.

– ديفيد ب. فرينجتون David P. Farrington: أستاذ علم الإجرام النفسى، معهد علم الإجرام، جامعة كمبريدج، المملكة المتحدة.

– شيلجا هودجنز Sheilagh Hodgins: أستاذة فى قسم علم الصحة الذهنية الشرعية، معهد الطب النفسى، المملكة المتحدة.

– ريتشارد س. هوارد Richard C. Howard: أستاذ مشارك وقارئ فى اضطرابات الشخصية، جامعة نوتنجهام، معهد الصحة الذهنية، المملكة المتحدة.

- كيفين هويلز Kevin Howells: أستاذ علم النفس الإكلينيكى الشرعى، جامعة نوتنجهام، معهد الصحة الذهنية، المملكة المتحدة.

- داريك جوليف Darrick Jolliffe: محاضر فى قسم علم الإجرام، جامعة ليسيستر Leicester، المملكة المتحدة.

- كارولين لوجان Caroline Logan: استشارية فى علم النفس الإكلينيكى فى تقييم الخطر ومعالجته، المملكة المتحدة.

- ليام إ. مارشال Liam E. Marshall: الخدمات النفسية فى روكوود Rockwood، كندا.

- وليم ل. مارشال William L. Marshall: موجه، الخدمات النفسية فى روكوود، كندا.

- مارى ماكموران Mary McMurran: أستاذة، جامعة نوتنجهام، معهد الصحة الذهنية، المملكة المتحدة.

- جان ج. ميتشل Jan J. Mitchell: محاضر، مدرسة علم النفس، جامعة برمنجهام، المملكة المتحدة.

-جوزيف ب. نيومان Joseph P. Newman: أستاذ، قسم علم النفس، جامعة ويسكونسين ماديسون Wisconsin-Madison، الولايات المتحدة.

- جريس أ. سيران Geris A. Serran: الخدمات النفسية فى روكوود، كندا.

- جينيفير فيتال Jennifer Vitale: أستاذ مساعد، قسم علم النفس، كلية Hamp-den-Sydney، الولايات المتحدة.

- جلن د. ولترز Glenn D. Walters: متخصص فى علم النفس الإكلينيكى، خدمات علم النفس، الولايات المتحدة.

تصدير محررى السلسلة

عن السلسلة[١] :

من الواضح فى زمن الكتابة، أننا نعيش فى زمن يشهد بالتأكيد، فى المملكة المتحدة وأجزاء أخرى من أوروبا، وربما بشكل أقل فى مناطق أخرى من العالم، حماسًا متجددًا للمقاربات البناءة للعمل مع الجناة لمنع الجريمة. ماذا نعنى بهذا التصريح وعلى أى أساس صغناه؟

أولا، نعنى "بمقاربات بناءة للعمل مع الجناة"، استخدام المناهج والتقنيات المؤثرة لتغيير السلوك فى العمل مع الجناة. وربما يعتبر هذا الرأى تعريفًا لعلم النفس الإكلينيكى الشرعى. وهكذا، ينصب اهتمامنا على تطبيق النظرية والبحث لتطوير ممارسة تهدف إلى إحداث تغيير فى أداء الجانى. وكلمة "بنَّاءة" مهمة، ويمكن وضعها مقابل مقاربات تغيير السلوك التى تسعى للعمل بوسائل مدمرة. وتتأسس هذه المقاربات المدمرة عادة على مبادئ الردع والعقاب، سعيًا لقمع أفعال الجانى بالخوف والوعيد. وتسعى المقاربة البناءة، من الناحية الأخرى، إلى إحداث تغيير فى أداء الجانى يؤدى، مثلا، إلى احتمالات مشجعة للالتحاق بعمل، أو مستويات أعظم من ضبط النفس، أو أداء عائلى أفضل، أو زيادة الوعى بألم الضحايا.

وتواجه المقاربة البناءة انتقاداً بأنها استجابة "هشة" للضرر الذى يحدثه الجناة، لا تسبب ألما وعقابا ولا تنفذ القصاص. تثير هذه النقطة مسألة خطيرة بالنسبة لمن

---

(١) الكتاب الأصلى صادر ضمن سلسلة ويلى Wiley فى علم النفس الإكلينيكى الشرعى. وكل الهوامش للمترجم، باستثناء الهوامش التى يشار فى نهايتها إلى أنها للمحرر أو المحررين.

يعملون مع الجناة. هل ينبغى على أنصار المقاربات البناءة معارضة القصاص بوصفه غاية لنظام العدالة الجنائية وعملية لا تتواءم مع العلاج والتأهيل؟ بشكل آخر، هل ينبغى أن يتم العمل البناء مع الجناة فى ظل نظام معين للقصاص؟ نعتقد أن هذا الموضوع جدير بمناقشة واعية جادة.

لكن التاريخ يوضح، بالعودة إلى نقطة البداية، أن نظام العدالة الجنائية مفروش بمحاولات كثيرة للعمل البناء مع الجناة، لم تكن كلها ناجحة. وبإثارة شبح النجاح، يستحق الجزء الثانى من الجملة الافتتاحية الاهتمام، أى "المقاربات البناءة للعمل مع الجناة لمنع الجريمة". لتحقيق غاية منع الجريمة، يجب على عمليات التدخل التركيز على الأهداف الصحيحة لتغيير السلوك. فى طرح هذه النقطة الحاسمة، صاغ أندروز Andrews وبونتا Bonta(1)[٢] مبدأ الحاجة:

"الكثير من الجناة، وخاصة الجناة الذين يمثلون خطورة شديدة، احتياجات متنوعة. يحتاجون مكانا للعيش وعملا، ويحتاجون إلى التوقف عن تعاطى المخدرات. يعانى بعضهم من ضعف الثقة فى النفس، أو صداع مزمن أو تجاويف فى الأسنان. هذه كلها 'احتياجات'. يلفت مبدأ الحاجة انتباهنا إلى التمييز بين الاحتياجات **الجنائية وغير الجنائية.** الاحتياجات الجنائية جزء من مستوى خطورة الجانى، سمات ديناميكية للجانى ترتبط، حين تتغير، بالتغيرات فى احتمال الانتكاسة. الاحتياجات غير الجنائية ديناميكية أيضًا ومتغيرة، لكن هذه التغيرات لا ترتبط بالضرورة باحتمال الانتكاسة" (ص ١٧٦).

---

(٢) تشير الأرقام المكتوبة بالشكل العربى Arabic figure الموضوعة بين قوسين، مثل (1)، (2) إلخ، إلى رقم المصدر الموجود بكل بياناته فى نهاية كل فصل، وقد حل الرقم مكان اسم صاحب المصدر وسنة صدوره، وتمت إضافة الرقم إلى المصدر. على سبيل المثال ذكر الأصل هذا المصدر على النحو التالى (Andrews and Bonta, 1994)، وحيث إن هذا هو المصدر رقم (1) فى قائمة مصادر هذا التصدير فقد تمت الإشارة إليه بالشكل التالى (1).

وهكذا يمكن الحكم على عمل ناجح مع الجناة فيما يتعلق بإحداث تغير فى احتياج غير جنائى، أو فيما يتعلق بإحداث تغير فى احتياج جنائى. بينما الاحتياج الأول مهم، وقد يكون أحيانا مقدمة ضرورية لعمل يركز على الجناية، إلا أننا نرى أن الاحتياج الجنائى المتغير ينبغى أن يكون المحك الأساسى فى العمل مع الجناة.

بينما، كما لاحظنا من قبل، لا يزخر تاريخ العمل مع الجناة بالنجاح، فإن قاعدة البحث التى تطورت منذ تسعينيات القرن العشرين، خاصة التحليل الجمعى meta-analysis (على سبيل المثال (4))، تدعم الآن بقوة فكرة إمكانية العمل الفعال مع الجناة لمنع جرائم أخرى. صارت مؤشرات هذه الممارسة القائمة على الأدلة راسخة بشكل جيد، ومنتشرة على نطاق واسع تحت شعار **"ما يعمل"** *What Works* (5 و6) .

من المهم أن نقول إننا لا نؤيد فكرة وجود مقاربة واحدة لمنع الجريمة. من الواضح أن هناك مقاربات كثيرة بأسس نظرية مختلفة، يمكن تطبيقها لتحقيق هذه الغاية. ورغم ذلك نشأ زخم ملموس فى أعقاب حركة **"ما يعمل"**، والأكاديميون والممارسون وصناع السياسات يسعون للاستفادة من احتمالات أن ينهض هذا البحث لمنع الجريمة. تكمن الغاية التى يتمسك بها كثير من هيئات الخدمات فى تحويل دليل البحث إلى ممارسة فعّالة.

هدفنا فى إصدار هذه السلسلة فى علم النفس الإكلينيكى الشرعى إنتاج نصوص تقوم بمراجعة الأبحاث، وتعتمد على الخبرة الإكلينيكية لدفع العمل الفعال مع الجناة إلى الأمام. نلتزم بنموذج الممارسة القائمة على الدليل، ونشجع المساهمين فى هذه السلسلة على اتباع هذه المقاربة. هكذا، لن تكون الكتب المنشورة فى السلسلة إرشادات للممارسة أو "وصفات جاهزة"، تقدم للقارئ معلومات موثقة ونقدية يمكن من خلالها تطوير الممارسة الإكلينيكية الشرعية. ونحن نواصل الحماس بشأن المساهمة فى ممارسة فعالة يمكن أن تقوم بها هذه السلسلة، ونتطلع إلى الأمام لمواصلة تطويرها أكثر فى السنوات القادمة.

عن هذا الكتاب:

تتبدى الجرائم ومَنْ يقترفونها فى أشكال كثيرة؛ تتراوح الجرائم من جرائم تافهة نسبيا إلى جرائم بالغة الخطورة، والمجرمون من الساذج إلى المحترف. ومن الواضح أن جرائم العنف تقع فى الطرف الخطير من مجال الجريمة؛ قد تجرح جرائم العنف الضحايا جسديا ونفسيا، وربما تنشر العنف بين الجماهير، وخاصة بين مَنْ يعتبرون أنفسهم حساسين. وبشكل مماثل، يتراوح مَنْ يقترفون أعمال العنف من أشخاص يرتكبون أفعالا تتسم "بمستوى منخفض من العداء" (2)، إلى الجناة الخطرين فى أقصى حالات العنف المتعمد. وهناك مجموعة خاصة ممن يقترفون الجرائم، بما فيها جرائم العنف، من المصابين باضطرابات ذهنية (3). تشمل الفئة العريضة من "الجناة المضطربين ذهنيا" المصابين باضطراب الشخصية، وهى مجموعة لاقت بعض الاهتمام مؤخرا، متمثلا بظهور مقولة "اضطراب الشخصية الخطيرة والحادة Dangerous and Severe Personality Disorder (DSPD).

ومن الواضح تماما أن العلاقات المتداخلة بين اضطراب الشخصية والسلوك الجنائى والمضاد للمجتمع تمد تفكيرنا إلى مستوى المفاهيم والمستويات النظرية والقانونية والإكلينيكية. فى هذا النص الذى جاء فى وقته، جذب مارى ماكموران Mary McMurran وريتشارد هوارد Richard Howard معا قائمة مهمة من المساهمين لتقديم هذه القضايا المعقدة. وجاء النص إضافة مهمة للسلسلة، وسيلقى بدون شك اهتمام المشتغلين فى علم النفس الإكلينيكى الشرعى.

كليف هولين

مارى ماكموران

المراجع

1. Andrews, D.A. and Bonta, J. (1994) *The Psychology of Criminal Conduct,* Anderson, Cincinnati, OH.

2. Goldstein, A.P. (2002) *The Psychology of Group Aggression, John* Wiley & Sons, Ltd, Chichester.

3. Hodgins, S. and Müller-Isberner (eds) (2000) *Violence, Crime and Mentally Disordered Offenders: Concepts and Methods for Effective Treatment and Prevention,* John Wiley & Son, Ltd, Chichester.

4. Lösel, F. (1995) Increasing consensus in the evaluation of offender rehabilitation? *Psychology, Crime, and Law,* 2, 19-39.

5. McGuire, J. (ed.) (1995) *What Works: Reducing Reoffending, John* Wiley & Sons, Ltd, Chichester.

6. McGuire, J. (ed.) (2002) *Offender Rehabilitation and Treatment: Effective Programmes and Policies to Reduce Ro-Offending, John* Wiley & Sons, Ltd, Chichester.

تصدير

السلوك العنيف الخطير مسألة بالغة الأهمية لمعظم أفراد المجتمع. فى بعض الحالات تبدو أسباب انفجار العنف جلية، على سبيل المثال، حين يؤذى شخص معتل ذهنيا فى حالة كرب ووهم شخصاً رأى أنه يشكل تهديداً له. وفى حالات أخرى، ربما يكون العنف نتيجة شحنة انفعالية هائلة حتى نتوقع أننا قد نتصرف نحن أنفسنا بالطريقة نفسها فى ظروف مماثلة. وهناك حالات لا نفهم العنف فيها بشكل تام أو لا نفهمه على الإطلاق. ربما نفهم آثار التأثيرات التى تعوق الحكم وتطلق العنان للسلوك، مثل الخمور والعقاقير، لكننا رغم ذلك قد نتساءل عن نوع الشخصية التى تكون عدوانية تحت تأثير المواد المخدرة. فى الحالات التى يظهر فيها الناس عنيفين باستهتار أو بصورة لا يمكن السيطرة عليها ولا يكون هناك تفسير واضح مقنع، نردُّ بعدم فهم كامل.

كثيرا ما يُستدعَى اضطراب الشخصية لتفسير عنف مستهتر أو خارج السيطرة. وحين يحدث ذلك، يجب توخى الحذر لتجنب المنطق الدائرى: س: ما سبب عنف هذا الشخص؟ ج: اضطراب الشخصية. س: كيف تعرف أن هذا الشخص مصاب باضطراب الشخصية؟ ج: لأن هذا الشخص عنيف. والدائرية شائعة عند استخدام المعايير التشخيصية، حيث تُدوَّن السلوكيات المنحرفة مع السمات فى أوصاف الاضطرابات. إلا أننا حين نخدش سطح بعض هذه الاضطرابات الشخصية، نبدأ فى رؤية كيفية تأثير المزاج والميول الأساسية على تطور الشخص عبر حياته. بشكل خاص، يمكن أن نرى كيف تؤثر الشخصية على تطور التفكير والتعليم والتحكم فى الانفعال والتفاعل مع الآخرين. فى بعض الحالات، يُنتِج هذا المسار التطورى، الذى يمثل التفاعل المتبادل بين الميول الأساسية للفرد وتأثيرات التطور الاجتماعى عبر الزمن، فرْداً يميل للعنف.

يسعى هذا الكتاب إلى توضيح العوامل الشخصية المُتضمَنة فى تطور السلوك والآليات العنيفة التى تزيد احتمال حدوث العنف. لتحقيق هذه الغاية، يقدم عدد من الباحثين والإكلينيكيين المشهورين عالميا آخر نظرياتهم وأبحاثهم فى عدد من المجالات: **السمات**، وتشمل الاندفاع، والخمسة الكبار، والسمات السيكوباتية. **والاضطرابات**، وتشمل اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والنرجسية. **والوجدان**، ويشمل الانفلات الوجدانى، وعملية التعبير الانفعالى، والغضب، وصعوبات الارتباط، وعيوب التعاطف. **والمعرفة**، وتشمل الانتباه، وحل المشاكل، وأساليب التفكير الإجرامى. تقدم الفصول التالية أوصافًا قوية لكل هذه المواضيع الخاصة، وتركز على ارتباط البحث بالممارسة الإكلينيكية.

تطورت بشكل متزايد فى المملكة المتحدة فى العقد الأخير الخدمات المقدمة لعلاج المصابين باضطرابات الشخصية عمومًا، وبشكل خاص الجناة المصابين باضطرابات الشخصية. ودفع هذه الموجةَ فى البداية جهدٌ مشترك لوزارة الصحة وتطوير وزارة الداخلية لخدمات الجناة الخطرين والاضطرابات الحادة فى الشخصية (1 و2). ونتيجة لذلك، أصدر المعهد القومى للصحة النفسية فى إنجلترا (3) كتابا إرشاديا بعنوان "**اضطراب الشخصية: لم يعد تشخيصًا بالاستبعاد**". بهذا، لا تعطى للقائمين بخدمة الصحة النفسية العامة تعليمات باستبعاد المصابين باضطرابات الشخصية من العلاج، بل تعليمات بتطوير خدمات لهذه المجموعة الخاصة. وينبغى لهذه الخدمات أن تؤسس عملها على الأدلة الحالية المعروفة عن اضطراب الشخصية وعلاجه. وهكذا تكون هناك حاجة ملحة إلى نشر أحدث المعلومات.

يلعب هذا الكتاب دورًا فى نشر المعلومات، مع إشارة خاصة لاضطراب الشخصية والعنف، ونأمل أن يحفز التفكير والبحث المؤثر والممارسة، ويحسن الخدمة فى النهاية. ونطمح، بواسطة الباحثين والممارسين المهمين، أن يساهم هذا الكتاب بطريقة متواضعة فى تقليل العدوان والعنف. ونقدم الشكر لكل المساهمين البارزين فى هذا الكتاب، ونتطلع إلى أن نحافظ على التواصل مع أفكارهم وبرامج أبحاثهم وهى تتطور.

مارى ماكموران

ريتشارد سى هوارد

المراجع

1. Department of Health/Home Office (1999) Managing Dangerous People with Severe Personality Disorder: Proposals for Policy Development, Department of Health, London.

2. Department of Health/Home Office (2000) Reforming the Mental Health Act, Part II: High Risk Patients, The Stationary Office, Norwick.

3. National Institute of Mental Health for England (2003): Personality Disorder: No Longer a Diagnosis of Exclusion, Department of Health, London.

ماری ماكموران

المقدمة

(الفصلان الأول والثانى)

الفصل الأول

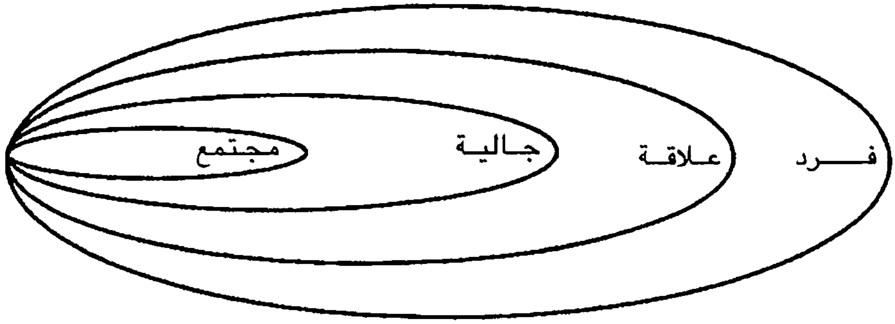
الشخصية واضطرابات الشخصية والعنف

جامعة نوتنجهام، المملكة المتحدة

المقدمة

يرى البعض أن العنف الشخصى، بأشكاله الكثيرة، مشكلة اجتماعية كبيرة، تحدث ضررا هائلا للأفراد والأسر والمجتمعات. واعترفت منظمة الصحة العالمية (50) بأن العنف قضية صحية عامة مهمة. يعترف تقرير منظمة الصحة العالمية بوجود عوامل متعددة يجب وضعها فى الاعتبار فى تفسير العنف، وتشمل الفرد والعلاقات والعوامل الاجتماعية والثقافية والبيئية. ويتم تصويرها بالنموذج البيئى (انظر شكل ١، ١). بينما كل المستويات مهمة بوضوح، يركز هذا الكتاب على التفسيرات على مستوى الفرد.

بدايةً من الأسس، يكون من المفيد تعريف العنف. يُعرَّف العنف بأنه مجال من



– الشكل ١، ١ نموذج بيئى لفهم العنف(50)

بدايةً من الأسس، يكون من المفيد تعريف العنف. يُعرَف العنف بأنه مجال من السلوكيات تسعى إلى إيذاء كائن حى لديه حافز لتجنب الأذى (4). وهذا التعريف مفيد لأنه يستبعد الأفعال المؤذية نتيجة الحوادث (على سبيل المثال، حادث مرورى)، والمتَّفَق عليها (على سبيل المثال، السادية-الماسوشية)، والمفيدة فى النهاية (على سبيل المثال، إجراءات طبية). ويمكن التمييز بين العنف والعدوانية: العنف إصابة قوية تحدث أذى جسديا، بينما العدوانية سلوك يحدث أذى جسديا أقل (على سبيل المثال، إهانات، تهديدات، تجاهل)، مع أنه يتسبب غالبا فى ضرر نفسى شديد. وحيث إن العدوانية يمكن أن تحدث ضررا للضحية مثل العنف الجسدى الحقيقى، وربما أكثر أحيانًا، فإن كثيرا من العاملين فى مجال الصحة النفسية والقضاء الجنائى يختارون استخدام مصطلح العنف للإشارة إلى كل من العدوانية والعنف الجسدى، لتجنب الظهور بمظهر التواطؤ مع الاعتقاد بأن العدوانية ليست خطيرة أو مؤذية.

يوجد تنوع هائل بين الأفراد فى الميل إلى العنف، ويسعى هذا الكتاب إلى فحص هذا التنوع الفردى فى علاقته بالشخصية واضطراب الشخصية. ترتبط الدراسة السيكولوجية **للشخصية** بفهم كيفية ارتباط الاختلافات الفردية (أى سمات الشخصية) وعمليات الشخصية (أى العمليات المعرفية والانفعالية والمحفزة) بالسلوك (8). ترتبط دراسة **اضطراب الشخصية** بعدد من المشاكل المهمة إكلينيكيا مع الأفكار والمشاعر والسلوكيات التى تُعرَّف أنساقها بأشكال مرَضية شخصية معينة (34). يشير مصطلح "اضطراب الشخصية" لفئات تشخيصية (انظر القسم التالى للتوضيح)؛ لكن لا توجد غالبا حدود تصنيفية مطلقة بالنسبة للمشاكل فى سمات الشخصية وعمليات الشخصية. لذا يُستخدَم هنا، فى الإشارة إلى المشاكل فى مجال الشخصية، مصطلح "مشاكل الشخصية". فى هذا الكتاب، يتم تقديم مجالَىْ الدراسة كليهما بحيث يمكن أن نطور فهمنا للتنوع الفردى فى العنف بأفضل شكل.

طرق العلاج السيكولوجية والطب نفسية. يلعب المتخصصون فى القضاء الجنائى والصحة الذهنية دوراً فى علاج العنيفين ومعالجتهم. عموما، تعنى الأجندات التنظيمية أن العاملين فى مجال القضاء الجنائى يرون المجتمعَ الزبونَ الأساسى، ويسعون إلى السيطرة على الجريمة، بينما يرى المتخصصون فى الصحة الذهنية المريضَ الزبون، ويسعون إلى تحسين أدائه وتقليل كربه. لكن معظم أشكال التدخل التى تقدمها، هذه الأيام، أى مجموعة من المتخصصين مصممة لتعزيز رفاهية الفرد وتقليل الخطر (46 و 47). ومع ذلك لا يزال بعض المتخصصين فى الصحة الذهنية يعتبرون الهدف الأخير مثيراً للخلاف إلى حد بعيد (23).

سوف يتوسع المساهمون فى هذا الكتاب، وكلهم من الباحثين والممارسين المشهورين عالميا، فى قضايا ترتبط بالشخصية واضطراب الشخصية والعنف. ونسعى فى هذا الفصل إلى إعداد المشهد بتوجيه بعض الأسئلة الأساسية بشأن حبس مَن يعانون من مشاكل الشخصية، أو اضطرابات الشخصية، أو ممن يتسمون بالعنف، وبشأن عقابهم وعلاجهم. على عكس من يرتبط عنفهم بالعلل الذهنية أو إعاقات النمو، وهناك اتفاق عموماً على ملاءمة العلاج، إن قضية علاج من يعانون من اضطرابات الشخصية أو مشاكل الشخصية وتاريخ جنائى، أو عدم علاج، قضية مثيرة للخلاف. أتحتاج الحالة للعقاب أم العلاج أم للجمع بين الاثنين، مسألة تحتاج إلى توضيح. وإذا كان ينبغى تقديم العلاج، فما الأهداف التى ينبغى تحقيقها؟ أين ينبغى تقديم العلاج: فى مواضع القضاء الجنائى أم مواضع خدمات الصحة الذهنية؟ وقبل تناول هذه المواضيع، نحتاج إلى وضع حجم المشكلة وطبيعتها فى الصورة.

اضطرابات الشخصية والعنف

توصف اضطرابات الشخصية فى النظامين الرئيسيين للتصنيف التشخيصى: النسخة الرابعة من الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات النفسية (-DSM

IV) (1 و2) والنسخة العاشرة من التصنيف الدولى للأمراض (ICD-10) (49)[(١)] النسخة الرابعة من الدليل الأمريكى اضطراب الشخصية على النحو التالى:

نمط دائم من الخبرة الداخلية والسلوك، ينحرف بشكل كبير عن توقعات ثقافة الفرد، متفشٍ وغير مرن، يبدأ فى المراهقة أو بداية البلوغ، وهو ثابت عبر الزمن، ويؤدى إلى الكرب أو الاختلال. (ص ٦٢٩).

ويعرف التصنيف الدولى العاشر ICD-10 اضطراب الشخصية على النحو التالى:

> ... أنماط سلوكية عميقة الجذور ودائمة، تتجلى فى شكل استجابات غير مرنة فى كثير من المواقف الشخصية والاجتماعية. وتمثل انحرافات متطرفة أو دالة عن طريقة إدراك الفرد المتوسط فى ثقافة معينة وتفكيره وشعوره، وترتبط بشكل خاص بالآخرين. تميل هذه الأنماط السلوكية إلى الثبات، وتشمل مجالات متعددة من السلوك والأداء النفسى. وكثيراً، لكن ليس دائما، ما ترتبط بدرجات متنوعة الكرب الذاتى والمشاكل فى الأداء الاجتماعى والإنجاز (ص ٢٠٠).

اضطرابات الشخصية مدونة فى الجدول ١، ١، مع السمات الرئيسية. يصنف الدليل الأمريكى الرابع اضطرابات الشخصية فى ثلاث مجموعات: المجموعة أ- غريبة أو شاذة (الارتيابية paranoid، شبه الفصامية schizoid، الفصامية schizotypal). المجموعة ب- درامية أو متوهجة (المضادة للمجتمع، الحدية، الهستيرية، النرجسية). المجموعة ج- قلقة أو خائفة (الاجتنابية avoidant، الاعتمادية dependent، الوسواسية القهرية). وتفتقر السيكوباتية، وهى اضطراب الشخصية الذى تتم تغطيته بشكل موسع فى الفصول التالية، إلى وضع معين كاضطراب من اضطرابات الشخصية فى الدليل

---

(١) الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات الذهنية يذكر فى الأصل باختصاره المعروف DSM تتم الإشارة إليه فى الترجمة بالدليل الأمريكى، حيث إنه صادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى. وكذلك بالنسبة للتصنيف الدولى للأمراض، حيث تتم الإشارة إليه فى الترجمة بالتصنيف الدولى.

الأمريكى الرابع والتصنيف الدولى العاشر، رغم أن جوانب السيكوباتية محتواة فى اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع واضطراب الشخصية غير الاجتماعية dissocial. أدى البحث الهائل عن سمات السيكوباتية فى السنوات الأخيرة إلى ضمها فى الدليل الأمريكى الخامس DSM-V الذى يصدر قريباً.

فى دراسة حديثة لعينة ممثلة من عامة سكان المملكة المتحدة، باستخدام مقابلة إكلينيكية منظمة، تم تحديد معدل انتشار اضطراب الشخصية ب ٤.٤٪، والرجال أكثر إصابة باضطراب الشخصية (٥.٤٪) من النساء (٣.٤٪) (12). وهكذا يقدر عدد المصابين باضطراب الشخصية فى المملكة المتحدة بثلاثة ملايين وربع المليون. لا يميل معظمهم إلى العنف. فى الحقيقة فى دراسة كويد Coid وآخرين (١١)، حتى بين الذين يمكن تشخيصهم باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، لم يرتكب نصفهم تقريباً أعمال عنف فى آخر خمس سنوات. ومع ذلك لاحظ كويد وآخرون (١١) أن نسبة المصابين باضطرابات المجموعة ب، مقارنة بغير المصابين، ممن أدينوا فى جرائم عشرة أضعاف وممن سُجِنوا ثمانية أضعاف. ولم يكن هذا الارتفاع فى الخطورة الجنائية واضحا بالنسبة للاضطرابات المجموعة "أ" والمجموعة "ج".

والجناة المصابون باضطراب الشخصية، مقارنة بالجناة المعتلين ذهنيا، أكثر قابلية لاقتراف جرائم أخرى بعد الخروج من المستشفى. فى دراسة للمتابعة لمدة ١٢ عاماً لمجموعة من ٢٠٤ من مرضى خرجوا من مستشفيات تتبع إجراءات أمنية مشددة فى المملكة المتحدة فى عام ١٩٨٤، وجد ياميسون Jamieson وتايلور Taylor (32) أن ٣٨٪ أدينوا من جديد، منهم ٢٦٪ فى جرائم خطيرة. كانت احتمالات اقتراف جريمة خطيرة أعلى سبعة أضعاف بالنسبة للجناة المصابين باضطرابات الشخصية مقارنة بالجناة المعتلين ذهنيا. ورغم أن الجناة المصابين باضطراب الشخصية كان احتمال إدانتهم مرة أخرى أعلى، فمن الملاحظ أن ثلاثة أرباعهم لم يدانوا مرة أخرى بجرائم خطيرة وأن ٦٢٪ لم يدانوا مرة أخرى على الإطلاق.

الجدول ١، ١ اضطرابات الشخصية فى الدليل الأمريكى الرابع والتصنيف الدولى العاشر:

الدليل الأمريكى الرابع	التصنيف الدولى العاشر
المجموعة أ	
ارتيابية- الارتياب والشك	ارتيابية- الحساسية والشك
شبه فصامية- عزلة اجتماعية وعاطفية	شبه فصامية- البرود العاطفى والعزلة
فصامية- عيوب اجتماعية وفى العلاقة مع الآخرين؛ تشوه معرفى وإدراكى.	لا يوجد مقابل
المجموعة ب	
المضادة للمجتمع- انتهاك حقوق الآخرين	غير الاجتماعية- الاستخفاف المتحجر تجاه الآخرين؛ انعدام المسئولية؛ التوتر غير مستقرة انفعاليا
الحدية- تقلب العلاقات وصورة الذات والمزاج	(أ) حدية- صورة ذاتية غير واضحة؛ علاقات متوترة غير مستقرة (ب) اندفاعية- العجز عن التحكم فى الغضب؛ المشاكسة؛ لا يمكن التنبؤ بتصرفاته
هستيرى- انفعال مفرط والسعى إلى لفت الأنظار	هستيرية- درامية؛ أنانية؛ السعى إلى المناورة
نرجسية- الشعور بالعظمة؛ عدم المشاركة الوجدانية؛ الحاجة إلى التعبير عن الإعجاب	لا يوجد مقابل

المجموعة ج اجتنابية- الكبت الاجتماعى؛ الشعور بعدم الكفاءة؛ الحساسية المفرطة اعتمادية- الالتصاق؛ التبعية وسواسية قهرية- البحث عن الكمال؛ التصلب	 قلقة- متوترة، حذرة؛ مفرطة الحساسية اعتمادية- الخضوع للاحتياجات الشخصية؛ الاحتياج إلى بث الثقة باستمرار. وسواسية anankastic- مترددة؛ متحذلقة؛ جامدة

نركز أساسًا فى هذا الكتاب، على أبعاد الشخصية واضطرابات الشخصية المرتبطة بالعنف. اقترح نِستور Nestor (39) أن هناك أربعة أبعاد شخصية أساسية تعمل بمثابة عوامل خطورة إكلينيكية بالنسبة للعنف: (١) ضبط الدافع، (٢) تنظيم الوجدان، (٣) النرجسية، (٤) الأسلوب المعرفى للشخصية الارتيابية. ويقول إن هذه السمات تميز مَنْ يتصرفون بعنف عن الغالبية ممن لا يتصرفون بعنف. وبتحديد الأبعاد الشخصية الخاصة المرتبطة بارتفاع معدل خطورة العنف، يمكن أن نساهم فى محو الوصمة التى تم تعميمها بأن كل المصابين باضطرابات الشخصية عنيفون. من المهم تذكر أنه ليس كل مَنْ يعانون من مشاكل الشخصية أو اضطرابات الشخصية عنيفين. مَنْ نراهم فى مستشفيات الطب النفسى الشرعى والسجون يوجدون هناك لأنهم يمثلون خطورة وليس لأنهم يمثلون كل مَنْ يعانون من مشاكل الشخصية أو اضطرابات الشخصية.

من الواضح أن العلاقة بين نوع اضطراب الشخصية والعنف أقوى ما تكون فى اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (30)، وهو أمر لا يثير الدهشة لأن السلوك العدوانى من معايير تعريف الاضطراب. إنها هنا دائرية منطقية واضحة: إذا كان العنف جزءًا من تعريف اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، فإن معدل العنف بين المشخَّصين باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع تكون أعلى مما هى عليه فى

المصابين باضطرابات لا تتسم بالعنف. علق سكيم Skeem وكوك Cooke (42) على مشكلة المقاييس والبنى المختلطة فيما يتعلق بالسيكوباتية، مقيسة بالقائمة السيكوباتية المنقحة Psychopathy Checklist-Revised التى وضعها هير Hare (24 ؛ 25). يتم قياس السيكوباتية بالقائمة السيكوباتية المنقحة فيما يتعلق بالسمات (الشعور بالعظمة، والأنانية، والتحجر) والسلوك (أسلوب الحياة المضادة للمجتمع وغير المسئولة والطفيلية). وتبين أن القائمة السيكوباتية المنقحة مؤشر جيد للعنف المستقبلى فى جناة سبقت إدانتهم (26 ؛ 28). وتحتوى القائمة السيكوباتية المنقحة على بنود ترتبط بالإجرام، مما يؤدى إلى خليط غير مفيد من السلوكيات التى نحاول تفسيرها (الجريمة، العنف) والمتغيرات التفسيرية (السمات). وأشارت التحليلات الأحدث التى قام بها كوك Cooke وميكى Michie (13) إلى أن سبعة بنود ترتبط بالجريمة والسلوكيات المستهجنة يمكن محوها للإبقاء على نموذج للشخصية أكثر نقاء فيما يتعلق بالسيكوباتية. ووجدا بنية فائقة التنسيق للسيكوباتية، بثلاثة عوامل تكوينية: (١) أسلوب فى العلاقات الشخصية يتسم بالغطرسة والتضليل؛ (٢) خبرة وجدانية ناقصة؛ (٣) نمط سلوكى اندفاعى وغير مسئول. وربما تمثل هذه السمات جوهر السيكوباتية والمتغيرات التى تفسر الجريمة والعنف؛ وربما لا تكون لهذه العوامل، كما يوضح سكيم وكوك، أى قيمة تفسيرية! إذا وضعنا فى الاعتبار أن البحث فى السيكوباتية استخدم مقاييس تمزج السمات والسلوك الإجرامى، فمن المحتمل أن تكون العلاقة الملحوظة بين السيكوباتية والعنف ناتجة عن احتواء السلوك محل الدراسة ضمن المقياس نفسه.

ما العلاقة المحتملة بين الشخصية واضطراب الشخصية والعنف؟ ترتبط بعض الخصائص الشخصية الأساسية بزيادة معدل العنف، وترتبط أخرى بنقص معدل العنف. تجد دراسات تطور السلوك المضاد للمجتمع، على سبيل المثال، أن اندفاع الأطفال مرتبط فيما بعد بالسلوك المضاد للمجتمع والعدوانية، بينما يرتبط الكف inhi-bition باحتمال أقل لظهور السلوك المضاد للمجتمع والعدوانية فيما بعد (20). ومن السهل تخيل كيف أن الاندفاع (الفعل بدون تفكير) يمكن أن يؤدى إلى السلوك المضاد للمجتمع والعدوانية، وكيف أن الكف (الخوف والخجل) يمكن أن يحمى من اقتراف

السلوك المضاد للمجتمع والعدوانية. إلا أن وجود مثل هذه الخصائص ليس ضروريا أو كافيا لتفسير هذا السلوك. طوال حياة المرء، يوجد تفاعل مستمر متبادل بين الفرد والمتغيرات الاجتماعية والبيئية التى تفسر التطور المعقد لشخصية البالغ؛ أى إن المتغيرات البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية والسياقية، كل منها على حدة ومن خلال التفاعل بينها، تساهم كلها بنصيبها فى تفسير ميل الشخص إلى العنف. ومن غير المحتمل أن يساهم أى عامل بمفرده بشكل كافٍ فى القيام بالمهمة بوصفه عاملا وحيداً مسبباً للعنف. وتلقى، فى هذا الكتاب، الآليات التى بواسطتها تشجع الخصائص الشخصية الأساسية على نشأة خطر العدوانية والعنف وزيادته، اهتماماً خاصا. وتشمل هذا الآلياتُ الخبرات الانفعالية وتنظيم الانفعال، وإدراك الإشارات الاجتماعية والاستجابة لها، والمعتقدات المتعلقة بالذات والعالم. وهذه الآليات، على الأقل نظريا، عرضة لاحتمال التغيير، مع إمكانية تقليل احتمال السلوك العنيف.

ينبثق سؤال آخر: كيف يمكن للمرء معرفة إن كان شخصٌ عنيفٌ مصابا باضطراب الشخصية أم لا؟ لا ينتهك العنف الخطير القانون فقط بل ينتهك أيضًا أخلاق المجتمع والمبادئ الخلقية لدرجة أن بعض يقول إن العنف الخطير يعكس **بالضرورة** اضطرابا فى الشخصية. ومما يحظى بالاهتمام مستوى قدرة المرء على اختيار استخدام العنف. يمثل العنف، لبعض الجناة، الوسيلة المختارة للتعامل فى العالم، ولا يصاحب ذلك صراع خلقى أو انعدام للسيطرة أو كرب. لا يوصف هؤلاء الناس عادة بأنهم يعانون من اضطراب فى الشخصية، رغم أن معرفتنا المتنامية عن السيكوباتية ربما تبشر بتغيرات فى هذا المنظور، مع نتائج أساسية بالنسبة للعملية القانونية (22). ثمة اعتبار آخر يرتبط بمعايير التشخيص. كما هو الحال بالنسبة لأى سلوك آخر، يمكن تفسير العنف الخطير بالرجوع إلى سمات الفرد، وتاريخه الاجتماعى، والأفكار والمشاعر الحالية والسياق الذى يوجد فيه الشخص. وتعتمد مسألة إن كانت هذه الخصائص تساوى اضطرابا فى الشخصية على المعايير المقدمة فى أنظمة التصنيف والحدود القاطعة المطبقة للتشخيص. ربما يعانى شخص من مشاكل بدرجة ما، وربما تكون هذه الدرجة غير كافية لتلبى المستوى المطلوب

للتشخيص. هذا الموقف الذى يعانى فيه المرء من مشاكل فى الشخصية، لكنها لا تلبى الحدود القاطعة للتشخيص أحد مساوئ النموذج التصنيفى لاضطرابات الشخصية، ومن المحتمل أن النسخة التالية من الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات النفسية، الدليل الأمريكى الخامس DSM-V، سوف تتحرك باتجاه نموذج الأبعاد dimensional model (48).

العقاب أم العلاج أم الاثنان ؟

يهدف العقاب، عموماً، إلى أن يشير للمجتمع إلى المقبول وغير المقبول، وإلى منع الجريمة والحد منها. بتطبيق القوانين على السلوكيات المحرمة اجتماعيا، سوف يُمنَع أفراد المجتمع عموماً عن الجريمة، وسوف يُمنَع الجانى الفرد من اقتراف الجريمة مرة أخرى. إضافة إلى ذلك، حين تكون الجريمة مميتة، يمكن تعجيز الجانى بالحبس مدة طويلة أو حتى بالموت فى بعض البلاد. لاحظ هولين Hollin (31) أن علينا، إذا كان هذا المنطق مناسبًا، أن نتوقع تقلص الجريمة. إلا إنها، رغم كل شىء، لا تتقلص. معدل تكرار الإدانة للسجناء فى عامين بعد الخروج من السجن تتراوح من ٥٥٪ إلى ٦٠٪ (15). إضافة إلى ذلك، تشير التحليلات الجمعية للعوامل المؤثرة فى تقليص الجريمة بواسطة الأفراد إلى أن المقاييس العقابية من قبيل "صدمة حادة قصيرة"، الغرامات، المراقبة وفحوص المخدرات، ليست فعالة فى تقليص الجريمة، بينما طرق العلاج المعرفى السلوكى فعالة، تقلص الإدانة مرة أخرى بمعدل يتراوح من ٣٠٪ إلى ٤٠٪ فى البالغين وتصل إلى ٦٠٪ فى الجناة الصغار (35 ؛ 36). وهكذا، كما هو الحال بالنسبة للأنواع الأخرى من الجناة، ثمة حالة نفعية تتحقق بعلاج الجناة الذين يعانون من مشاكل الشخصية أو اضطرابات الشخصية: يؤثر العلاج بشكل أفضل من العقاب.

مشاكل الشخصية واضطراب الشخصية وتخفيف الحكم

فى تخفيف الحكم على السلوك المضاد للمجتمع والعنف، يحتاج التفسير السيكولوجى أو تشخيص الطب النفسى إلى تحديد عيوب معينة تعوق مقدرة الشخص المشخَّص. ربما يؤثر العيب على قدرة شخص على اتخاذ قرارات معقولة، أو يعوق سيطرة شخص على سلوكه أو يعوق درجة الوعى بالأذى الذى يتسبب فيه الفعل.

يُعتبر، عادةً، من يعانون من مشاكل الشخصية أو اضطرابات الشخصية مسئولين عن تصرفاتهم، ولا يكفل لهم ذلك العذر أو تخفيف الحكم كما هو الحال مع العلل الذهنية أو الإعاقات التعليمية. يكمن أساس هذا الرأى فى النظرة الطبيعية للمصابين باضطرابات الشخصية؛ إنهم يواجهون التحديات نفسها بالطريقة التى يواجهها بها بقيتنا فيما يتعلق بالمشاعر والاندفاعات. علينا جميعا، أحيانًا، التحكم فى الغضب والعدوانية فى ظل الاستفزاز والتعبير عن غضبنا بشكل مناسب. علينا جميعا أن نمارس التفاوض والتسوية واللعب النظيف لتحقيق ما نريد بدون بلطجة مع الآخرين أو تخويفهم أو الإساءة إليهم. إننا جميعا نواجه هذه التحديات بذخائر شخصية مختلفة، والبعض مجهز بصورة أفضل من الآخرين للتحكم فى المشاعر، والتعامل بشكل جيد مع الآخرين، والتصرف بطرق لا تتسم بالعنف. من المحتمل، فى الحقيقة، أن تضع مقاربة بُعْدية لاضطرابات الشخصية، كما ذكرنا من قبل، من يعانون من مشاكل الشخصية واضطرابات الشخصية فى أقصى طرف سلسلة تشمل المجال الطبيعى للخبرات والسلوك.

ربما يقدم اضطرابٌ عذرًا لسلوكٍ مضاد للمجتمع وعنيفٍ، أو تخفيفًا فى الحكم عليه، لأن الشخص لا يعى تماما المتطلبات القانونية أو الخلقية التى تمنع هذا السلوك، أو لأنه لا يفهم تمامًا النتائج الضارة لذلك الفعل. الإعاقة الفكرية أو العته مثالان لهذه الاضطرابات. فى أى مجتمع يعى، لا يُحتمَل معاقبة المعاقين ذهنيا بشكل خطير بسبب

أفعال عنيفة. فيما يتعلق بالمصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، هناك فرضية معرفة النتائج، ومع ذلك يعجزون عن التحكم فى السلوك. فيما يتعلق بالسيكوباتية، قدمت الحجة بأن افتقار السيكوباتيين للقدرات العاطفية يقلل مسئوليتهم عن أفعالهم، حيث إنهم لا يفهمون حقا نتائج أفعالهم المضادة للمجتمع والعدوانية، بالنسبة للآخرين أو بالنسبة لأنفسهم (5). ولهذا الرأى نتائج بعيدة المدى بالنسبة لإدارة القضاء الجنائى.

إذا اعتقدنا أن الناس مسئولون عن أفعالهم فإن العقاب المناسب اختيارٌ معقول؛ لكن ثمة نقطة أخيرة يجب وضعها فى الاعتبار وهى تأثير العقاب على الفرد (5). يمكن أن يؤدى العقاب إلى تغيير فى السلوك حين يكون فوريا وحتميا (لاحظ أن لا شىء منهما يطبق بشكل نموذجى فى العقاب بسبب الجريمة) (31). إذا كان للفرد أن يفهم العقاب فى علاقته بالفعل، وإذا كان من المحتمل أن يؤدى العقاب إلى تغيير فى الموقف أو السلوك، فربما يكون العقاب المناسب للفعل مبرَّراً. ويشبه هذا تأنيب طفل على جرم. ربما لا يفهم الطفل تماماً لماذا ينتهك الجرم القواعد الاجتماعية أو الخلقية، لكن من خلال التأنيب يبدأ تعلُّم السلوك المناسب. فيما يتعلق بالمصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، ربما يكون السلوك العنيف قابلا للتفسير فيما يتعلق بالخلل البيولوجى النفسى الاجتماعى؛ ومن ثم لتخفيف اللوم المستحق، إلا أن الفرد قد يكون قادراً رغم ذلك على التعلم من العقاب. فيما يتعلق بالسيكوباتيين، ربما يخفف الخلل البيولوجى النفسى الاجتماعى مرة أخرى اللوم المستحق، لكن طبيعة الاضطراب قد تعنى أن الفرد لن يتعلم من العقاب. ومن ثم يكون العقاب بشكل محض من أجل الإشارة إلى استهجان المجتمع له. يؤمن بعض الفلاسفة بأن العقاب ينبغى أن يكون مجرد استحقاق فقط ولا ينبغى أن يمارس لإحداث تغير فى السلوك (10). فى الحقيقة، لوحظ من قبل أن العقاب ليس الطريقة الأكثر تأثيرا فى تقليص الانتكاس عموما (31)؛ ومن ثم، بينما يكون العقاب إشارة ضرورية لاستهجان المجتمع ووسيلة لتنفيذ عقوبة الجريمة، من خلال العلاج، يزداد احتمال حدوث تغير فى السلوك.

بالنسبة للجناة الذين يعانون من مشاكل الشخصية أو اضطرابات الشخصية، يتم العلاج فى إطار القضاء الجنائى، أو إطار الصحة الذهنية الشرعية أو، على الأرجح، الجمع بين الاثنين عبر الزمن. وهكذا يوجد دائمًا جمع بين العقاب والعلاج. ومع ذلك لا يعتبر كل الجناة الذين يعانون من مشاكل الشخصية أو اضطرابات الشخصية قابلين للعلاج. القضايا التى يجب وضعها فى الاعتبار فى اتخاذ قرار بتقديم العلاج أو عدم تقديمه هى: هل يمكن تحديد أهداف العلاج المناسب؟ وإذا أمكن تحديدها، فهل توجد وسائل علاج ذات تأثير إيجابى على هذه الأهداف العلاجية؟ مطلوب فهم لمشاكل الشخصية واضطراب الشخصية والعنف لتحديد الاحتياجات العلاجية لهؤلاء الجناة وتقديمها.

تحديد أهداف العلاج

إذا اعتبر أن العنف بدافع من المشاعر، الغضب بشكل أساسى، وإذا ادعى الشخص العجز عن التحكم فى سلوكه فى وجه المشاعر القوية، ربما يكون العلاج هو الاختيار المناسب، خاصة إذا اهتم الفرد بالرغبة فى الشعور بغضب أقل وبمزيد من القدرة على التحكم فى نفسه. فى غياب علة ذهنية رئيسية، ربما يُشخَّص من ينطبق عليهم هذا الوصف على أنهم يعانون من اضطراب انفجارى متقطع intermittent explosive disorder، يُعرَّف بأنه غضب لا يتناسب مع درجة الاستفزاز (١)، أو من اضطراب فى الشخصية، وخاصة اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع أو الحدية. ويجدر بنا أن نلاحظ هنا أنه لا يوجد باب لاضطرابات الغضب أو العدوانية فى كل من نظامى التصنيف الحاليين، الدليل الأمريكى الرابع (١) أو التصنيف الدولى العاشر (49). وسائل العلاج الفعالة لمشاكل الغضب متوفرة وربما تُصمَّم بشكل خاص لتناسب من يعانون من مشاكل الشخصية (انظر الفصل العاشر).

إذا كان العنف بدافع تصميم مقترفه على تحقيق مكسب من العنف، بما فى ذلك السيطرة على شخص آخر وتحقيق منافع مادية، ربما يعتبر هذا النمط أقل استحقاقًا

للعلاج وأكثر استحقاقًا للعقاب. ويزداد احتمال ذلك حين لا يكون هناك تعبير عن الرغبة فى التغيير أو حين يتم التعبير عن الرغبة فى التغيير بوضوح لأسباب برجماتية فقط، من قبيل تجنب العقاب. لكن ماذا إذا كان الأشخاص بهذه الصورة يعانون أيضًا من عيوب انفعالية أو معرفية تساهم بتفسير لسلوكهم العنيف؟ بعض الناس لا يعرفون الخوف، لا يمكنهم التعاطف مع معاناة الآخر، أو لا يمكنهم استخدام المعرفة بشأن مشاعر شخص آخر لتغيير سلوكهم. وهذا بالطبع يصف السيكوباتية، وهو اضطراب يصفه بشكل تام فيما بعد فى هذا الكتاب عدد من الباحثين البارزين فى هذا المجال.

فى الحالتين الموصوفتين سابقًا، ربما يُفسَّر العنف جزئيا على الأقل بالعيوب السلوكية أو الانفعالية أو المعرفية التى تتجلى مبكِّرًا فى الحياة وتستمر إلى البلوغ. كيف تتجلى هذه العيوب أو الاختلافات فى صورة اضطراب فى الشخصية فى البالغين؟ يشخص البالغ فقط باضطراب الشخصية، اعتقادا بأن الشخصية لا تزال فى طور التكوين فى الطفولة والمراهقة. هكذا، ماذا يحدث على مر السنوات ويؤدى إلى اضطراب الشخصية فى البالغين؟

بتتبع المثالين المقدَّمين من قبل، مثال لعنف بدافع عدم تنظيم الانفعال، والآخر عنف كأداة للكسب فى غياب المشاركة الوجدانية empathy أو الخوف، يمكننا تتبع تكوين السلوك العنيف فى المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والسيكوباتية. ربما تقدم الاختلافات الفردية الموجودة منذ الولادة احتمالا عاليا للعنف، لكن التعبير عن العنف، إضافة إلى ذلك، يعتمد على خبرات الشخص طوال حياته. كما سوف نرى، يساعد هذا النموذج التطورى على مدار الحياة فى تحديد الكثير من الأوجه الشخصية التى من المحتمل أن يكون التركيز عليها مفيداً فى العلاج. إذا قبلنا أن الهدف المرجو للعلاج هو تقليص العنف، لمصلحة الفرد والضحايا المحتملين والمجتمع ككل، فإننا نحتاج إلى فهم كيف يصبح الناس عنيفين.

اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع:

ربما يكون أفضل تسلسل ارتقائى تم تتبعه هو ذلك الذى يحدد الاندفاعية المبكرة خاصة حين تزدهر فى المشاكل السلوكية فى الطفولة، كخطر مباشر لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فى البلوغ. هذا المسار الارتقائى الذى يتم تتبعه من الاندفاعية المبكرة ويقيس تأثيرات المخاطر الإضافية المتراكمة بطول الطريق تم بحثها فى دراسات طولية رائعة، قام فرينجتون Farrington (20) بتلخيص نتائجها. الاندفاعية، خاصة حين ترتبط بانخفاض الذكاء، ربما ترتبط بعيوب فى الوظائف الإجرائية للدماغ، وربما تشير إلى إعاقة فى القدرات الضرورية على التخطيط المستقبلى والسلوك الموجه إلى غاية، بما فى ذلك الانتباه والتفكير المجرد والكف السلوكى. يتضخم هذا الخطر الأوَّلى للسلوك المضاد للمجتمع والعنف حين تكون معالجة الوالدين للطفل قاسية ومتضاربة، من قبيل ندرة مكافأة الطفل إذا تصرف بشكل جيد، وعقابه غالبا إذا تصرف بشكل سيئ. بالمصطلحات السيكولوجية، تكون خبرة الطفل أن الطيب لا يكافأ وأن العالم عدائى. بالإضافة إلى ذلك، ربما يفقد الطفل الحساسية للعقاب. بالطبع، يؤثر السلوك الصعب للطفل ومعالجات القائمين على رعايته كل منها على الآخر فى علاقة تبادلية، مما يخلق غالبًا دائرة خبيثة من التأثيرات السيئة.

ثمة دليل حديث من دراسة طولية حددت آلية جينية وعصبية حيوية neurobiological محتملة تدعم التأثيرات المتباينة لسوء المعاملة (9). فى الأولاد، الذين لديهم جين يحدد نشاطًا منخفضا للإنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية أ (MAOA)، مما يؤدى إلى أيض منخفض للناقلات العصبية، واختلاف فى استجابتهم لسوء المعاملة فى الطفولة مقارنة بالأولاد الذين لديهم جين يحدد نشاطًا عاليا للإنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية أ. مَنْ لديهم نشاط منخفض لمؤكسد الأمينات الأحادية أ ممن تساء معاملتهم يتضاعف احتمال ظهور اضطراب سلوكى لديهم ثلاث مرات، ويتضاعف احتمال إدانتهم بجريمة عنف فى البلوغ عشر مرات. ومن ثم، يبدو أن عوامل جينية معينة تجعل بعض الناس

أكثر حساسية للتوتر، وربما يؤثر ذلك على تطور نظام الناقلات العصبية، التى ربما تتحول إلى سلوك مضاد للمجتمع وعنف فى فترات تالية من الحياة.

يزيد أيضًا الصراع والسلوك المضاد للمجتمع فى العائلات من خطر ظهور اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، ربما لأن الطفل، عن طريق التشكيل الأبوى، يتعلم المواجهة والقتال واقتراف الجريمة. إضافة إلى ذلك، لا يوجد تعليم لمهارات التفاوض والسلوك اللائق. وحيث تحدث المشاكل السلوكية فى الفصل، ربما يفشل الطفل تعليميا، ومن ثم تقل توقعاته للوظيفة المستقبلية ويزيد احتمال اقتراف الجريمة بوصفها عملا. يقدم التزويغ من المدرسة والاختلاط مع الأنداد المنحرفين فرصا لممارسة السلوكيات المستهجنة، مثل التدخين والشرب وتناول العقاقير، والسلوكيات المضادة للمجتمع، مثل إلحاق الضرر بالملكيات الخاصة والسرقة والشجار. والنتيجة النهائية لهذا المسار الارتقائى شخص بالغ يحظى بقسط ضعيف من التعليم، بخبرة عملية تافهة أو معدومة، يستخدم العنف والعدوانية وسيلة لحل المشاكل مع الآخرين، وربما يكون له سجل إجرامى ومن المحتمل أن يكون سكيرا ويستخدم العقاقير المحظورة. هذا الشخص نتاج التفاعل بين شخصيته والخبرات الاجتماعية والفرص الحالية. ويكون احتمال حدوث كل التحديات التى يواجهها فى حياته وتفاقم العنف أعلى حين تكون الأسر مضغوطة اقتصاديا وتعيش فى الأحياء التى يرتفع فيها معدل الجريمة.

ربما يؤدى مسار تفاعل السمات الشخصية والعمليات والخبرات الشخصية التى وصفناها إلى السلوك المضاد للمجتمع والعدوانية حتى يُصنَّف بأنه اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع. ويصف دى بريتو De Brito وهوجينز Hodgins هذا بالتفصيل فى الفصل السابع. ويكشف أيضا فهم المسار إلى اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع عن عوامل الخطر الخاصة التى يمكن أيضًا اعتبارها أهدافا مناسبة للوقاية أو العلاج لتقليل الخطر إلى أقصى حد. يشير المسار الذى وصفناه إلى أنه يمكن منع السلوك المضاد للمجتمع والعنف بالدعم الأسرى وتدريب الآباء وبرامج

الاحتواء المدرسية (27؛ 43؛ 44). فى علاج السلوك المضاد للمجتمع والعنف فى البالغين، تشمل الأهداف الوسيطة التى يوحى بها المسار تحسين القدرة على حل المشاكل مع الآخرين، وحل النزاعات والتحكم فى المشاعر، وتغيير النزعات المضادة للمجتمع والمعتقدات والمواقف التى تدعم السلوك المضاد للمجتمع والعدوانية والعنف (37).

السيكوباتية :

تحقق المقاربات الارتقائية لفهم السيكوباتية انتشاراً. فى الطفولة، يكشف عدد مهم من الأطفال العدوانيين عن أشكال عدوانية تفاعلية فقط؛ إلا أن هناك قسمًا منهم يكشف عن كل من العدوانية الإجرائية instrumental والتفاعلية. ترتبط السمات المتحجرة وغير الانفعالية فى الأطفال خاصة بالعدوانية الشديدة والمشاكل السلوكية الدائمة، ويوجد دليل على مستويات عالية من توريث هذه السمات (45). يقترح بلير وزملاؤه ((7)؛ انظر أيضًا الفصل التاسع) أن هذا الاختلال الانفعالى يمثل جوهر السيكوباتية. وبينما لا يزال البحث غير جازم فيما يتعلق بالعوامل الجينية والبيولوجية العصبية الجزيئية molecular neurobiological المسئولة عن انخفاض الاستجابة الانفعالية، إلا أنه يبدو أنها تؤثر على أداء اللوزة amygdala والجزء المحجرى/ الباطنى الجانبى من الفص الجبهى orbital/ventrolateral frontal cortex. يتجلى الخلل فى دوائر التكيف المنفر فى انعدام الخوف وعيوب المشاركة الوجدانية. تتصادم اللامبالاة بخبرة العقاب وبإدراك كرب الآخرين (انخفاض المشاركة الوجدانية، انظر الفصلين التاسع والثانى عشر) مع التنشئة الاجتماعية، وتسمح بتطور العنف الإجرائى. يُظهِر أيضًا من يتسمون بسمات سيكوباتية الافتقار إلى المرونة فى تعديل الاستجابات لمثير (انظر الفصل الثالث عشر)، بحيث يواظبون، حين تتغير الأحداث (على سبيل المثال، لتشير إلى العقاب أو عدم المكافأة بدلا من المكافأة)، على السلوك الذى كوفئ من قبل. يتسبب عدم المكافأة إذن فى الإحباط، مما يؤدى على ما يفترض إلى عدوانية تفاعلية (انظر الفصل الثامن).

تهيئ هذه العوامل العصبية الحيوية الخطرة لخطر العنف، لكن التأثيرات الاجتماعية والبيئية لها دور إضافى تلعبه طوال العمر. ربما تتعارض السمات المتحجرة وغير الانفعالية فى الأطفال مع علاقات الارتباط المبكر بمن يقومون على رعايتهم، مما قد يفاقم غياب الاهتمام بالآخرين، وربما يؤثر أيضًا على انفعال القائم بالرعاية للطفل واهتمامه به ((41)؛ انظر أيضًا الفصل الحادى عشر). ربما يكون للتنشئة الجيدة تأثير أقل على الأطفال المصابين بعيوب انفعالية من تأثيره على غير المصابين بهذه العيوب فيما يتعلق بتعليم الطفل الانتباه إلى مشاعر الآخرين، لكن ربما يكون هناك مجال للتأثير من خلال طرق التشكيل المقبولة للأهداف المنشودة. هكذا يكون لنماذج اللياقة الاجتماعية القدرة على تحويل الطفل عن الوسائل المضادة للمجتمع لتحقيق الهدف.

فيما يتعلق بالوقاية من المشاكل وعلاجها، لا توجد اقتراحات حقيقية بضرورة اختلاف أهداف العلاج بالنسبة للسيكوباتيين. لكن اقتُرِح ضرورة أن يضع نمط التدخل فى اعتباره السمات السيكوباتية، مسخِّرًا الحاجة إلى التحكم والمكانة والنجاح لتحقيق التأثير المفيد (29).

علاج الجناة المصابين باضطرابات الشخصية

إذا كان لصورة الأداء البيولوجى والسيكولوجى للفرد، فى تفسير العنف، أن تقدم للهيئة القانونية لتخفيف الحكم، فينبغى إذن لطبيعة الاختلال ودرجته توجيه التصرف، سواء كان عقابًا أم علاجًا أم الاثنين معًا، ومع ذلك يتخذ القرار جزئيا فيما يتعلق بوسائل العلاج والخدمات المتوفرة. يجد من يعانون من الذهان مدخلا للمتخصصين فى الصحة الذهنية ممن يرغبون فى تحمل مسئولية علاجهم، وتوفير أسرة المستشفيات وترتيب الإشراف المجتمعى، وتوفير عدد من وسائل المعالجة الدوائية والمعالجة الاجتماعية النفسية. ومن ثم يكون من السهل نسبيا أن يحول قاض شخصًا مريضًا بالذهان للعلاج.

كان هناك، حتى وقت قريب، عدد ضئيل من المتخصصين فى الصحة الذهنية ممن يرغبون فى تحمل مسئولية علاجهم المصابين باضطرابات الشخصية، وندرة فى الخدمات المتوفرة لهم. شجع التوجيه المبطن فى عنوان وثيقة المعهد القومى للصحة الذهنية فى إنجلترا (38)، **اضطراب الشخصية: لم يعد تشخيصا بالإقصاء**، على حدوث تغير فى تقديم الخدمات. فى السنوات الخمس الأخيرة، يوجد دعم لتطوير خدمات علاجية مجتمعية متخصصة (14)، مما يدعم استعداد خدمات الصحة الذهنية الشرعية والارتباط بين وزارة الصحة وخدمات السجون فى إنجلترا وويلز فى تدبير الوسائل المناسبة للخطرين المصابين باضطرابات خطيرة فى الشخصية (16؛ 17).

وحتى تزدهر هذه الخدمات، تحتاج إلى توفر علاجات فعالة. وتوضح التحليلات الجمعية لنتائج العلاجات النفسية للمصابين باضطرابات الشخصية تأثيرا إيجابيا قويا للعلاج (*d* كوهين *d* Cohen's ۰,۸۰ إلى ۱.۳۹)[٢]، وتظهر كل من المقاربتين السلوكية المعرفية والسيكوديناميكية تأثيرات طيبة (33؛ 40). إلا أن الأبحاث الجيدة نادرة، وينحرف هذا المجال من مجالات البحث العلاجى بقوة إلى اضطراب الشخصية الحدية (6 ؛ 19).

ونهتم هنا بشكل خاص بعلاجات المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع وبالسيكوباتيين. حدد دوجان وآخرون (19)، فى مراجعتهم المنظمة للعلاجات النفسية للمصابين باضطرابات الشخصية، محاولتين علاجيتين فقط مخصصتين لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع. وركزت هاتان المحاولتان على الحد من استخدام العقاقير، مقارنة بالجمع بين المعالجة العارضة contingency، ووصفة الميثادون والعلاج المعرفى السلوكى[٣]. بينما لوحظت تأثيرات إيجابية بالنسبة للمعالجة

(٢) Cohen's d: إحصاء لحجم التأثير محسوب بطرح المتوسط بعد العلاج من المتوسط قبل العلاج والقسمة على مجموع الانحرافات المعيارية. يعتبر الحجم المؤثر ۰.۲۰ صغيرا، ۰.۵۰ متوسطا، ۰.۸۰ كبيرا (المؤلفة). تحتفظ الترجمة برموز الإحصاء بالحروف اللاتينية.

(٣) ميثادون methadone: بديل مصنَّع للمورفين.

العارضة، لكنه علاج محدود جدا بالنسبة لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع. ومن الواضح أن علاج اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع موضوع يحتاج قدراً كبيراً من الأبحاث الأخرى. طرح دى سيلفا D'Silva ودوجان وماكرثىMcCarthy (18) (قابلية السيكوباتيين للعلاج فى مراجعة منظمة. وحددوا ٢٤ دراسة، خضع معظمها لمنهجية سيئة. وأشار بعضها عموما إلى التحسن بقدر ما أشار بعضها إلى التدهور؛ ومن ثم، لا توجد نتائج قاطعة يمكن استخلاصها بالنسبة لذوى السمات السيكوباتية الشديدة. مرة أخرى، لا يزال علاج اضطراب الشخصية السيكوباتية موضوعاً يحتاج إلى قدر كبير من الأبحاث.

يلزم بحث تأثير العلاجات بحيث يمكن تطوير الخدمات على أساس الدليل الإمبريقى، بحيث نمنح المتخصصين فى الصحة الذهنية الثقة للعمل مع المصابين باضطراب الشخصية، والسلطة القضائية الثقة لتحويل المصابين باضطراب الشخصية للعلاج، والزبون الثقة للتأثير علاجيا على مشكلته للحصول على تغير دائم. مع قاعدة أساسية ومعرفية، قد يبدأ المتخصصون فى اكتساب الثقة فى تقرير أنه بينما يحتاج المصابون باضطراب الشخصية إلى تحمل مسئولية سلوكهم إلا أنهم قد يستفيدون أيضاً من العلاج.

جناة لا يعانون من مشاكل الشخصية أو اضطرابات الشخصية

بالطبع، كانت "مصلحة السجون والجانحين" لسنوات تعالج الجناة المصابين باضطرابات الشخصية، رغم أنهم لم يتم تشخيصهم. فى ٢٨ مسحا للسجون على مستوى العالم، تمثل ما مجموعه ١٢٨٤٤ من السجناء، أمكن تشخيص ٦٥٪ من الرجال باضطراب من اضطرابات الشخصية، ٤٧٪ باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، وكانت الأرقام بالنسبة للنساء ٤٢٪، ٢١٪ بالتتابع (21). تُقدِّم برامج علاج

الجناة فى الإصلاحيات بالتأكيد غالبا لنسبة عالية من المصابين باضطرابات الشخصية، رغم استبعاد من يسجلون مستويات عالية من السمات السيكوباتية من العلاج فى السنوات الأخيرة.

كما ذكرنا من قبل، تشير دراسات التحليلات الجمعية لنتائج العلاج فى الإصلاحيات إلى أن العلاجات تقلل الانتكاسة (35؛ 36). وساعدت التحليلات الجمعية الأكثر دقة لدراسات نتائج العلاج على تحديد مبادئ الممارسة الفعالة (3). وتتمثل هذه المبادئ فى أن العلاج ينبغى (أ) أن يوجه للجناة شديدى الخطورة، (ب) أن يركز على عوامل الخطورة التى تم تحديدها إمبريقيا بالنسبة للانتكاس، (ج) أن يتم بطرق تستجيب لأساليب تعليم الجناة وقدراتهم. وتركز العلاجات المؤثرة على تغيير المعارف المضادة للمجتمع والحالات المعرفية الانفعالية السلبية (على سبيل المثال، الاستياء)، بناء مهارات التصرف الذاتى والتنظيم الذاتى وحل المشاكل، وتقليل الارتباط بالآخرين المضادين للمجتمع وزيادة الشبكات المناهضة للجريمة وتقليل استخدام المخدرات.

تثير حقيقة أن العلاج مفيد للمساجين والجانحين عدداً من القضايا بالنسبة للجناة الذين يعانون من مشاكل الشخصية واضطرابات الشخصية. إذا كانت العلاجات الموجهة إلى مهارات التفكير، والقيم، والتحكم فى المشاعر، والتنظيم الذاتى واستخدام المخدرات مفيدة للمساجين والجناة الموضوعين تحت المراقبة، وهى مجموعات تضم نسبة كبيرة من الجناة المصابين باضطرابات الشخصية، هل يمكن أن نستنتج من هذا أن العلاجات المؤثرة للجناة المصابين باضطرابات الشخصية قد تطورت، ولو بالصدفة؟ أم أن الجناة المصابين باضطرابات الشخصية يحتاجون مكونات علاجية إضافية تضيف قيمة للوسائل الرئيسية للتدخل؟ إذا كان من الممكن علاج الجناة المصابين باضطرابات الشخصية بشكل فعال فى مواضع القضاء الجنائى، فلماذا لا نعالجهم فى السجون وفى خدمات المراقبة، بدلا من مواضع الصحة الذهنية، حيث تكون تكلفة المال العام أقل بكثير؟ لا توجد إجابات بسيطة ومباشرة على هذه الأسئلة.

الخلاصة

كان هدف هذا الفصل إعداد المشهد للفصول التالية. حيث تم تقديم بعض التعريفات الأساسية لمواضيع الكتاب، بالتحديد الشخصية واضطراب الشخصية والعنف. وبعيداً عن هذه التصنيفات البسيطة، أثيرت أسئلة أكثر مما قدمت إجابات فيما يتعلق بأوجه الشخصية وارتباطها بالعنف: كيف ترتبط الشخصية واضطراب الشخصية بالعنف ومغزى هذه العلاقة بالنسبة للممارسة الإكلينيكية. وقد نهضت روح البحث، ستكون الفصول التالية الصخور التى تمهد الطريق لحركة التنوير.

المراجع

1. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn, APA, Washington DC.

2. American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn, text revision, APA, Washington DC.

3. Andrews, D.A. (2001) Principles of effective correctional programs, in Compendium 2000 on Effective Correctional Programming (eds L.L. Motiuk and R.C. Serin), Correctional Services of Canada, Ottawa.

4. Baron, R.A. and Richardson, D. (1994) Human Aggression, Plenum, New York.

5. Benn, P. (1999) Freedom, resentment, and the psychopath. Philosophy, Psychiatry, and Psychology, 6, 29-39.

6. Binks, C.A., Fenton, M., McCarthy, L. et al. (2006) Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database of Psychiatric Review, (1), CD005652. DOI: 10.1002/ 14651858.CD005652.

7. Blair, R.J.R., Peschardt, K.S., Budhani, S. et al. (2006) The development of psychopathy. Journal of Child Psychiatry and Psychology, 47, 262-75.

8. Brody, N. and Ehrlichman, H. (1998) Personality Psychology: The Study of Individuality, Prentice Hall, Upper saddle River, NJ.

9. Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T.E. et al. (2002) Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children, Science, 297, 851-54.

10. Ciocchetti, C. (2003) The responsibility of psychopathic offender. Philosophy, Psychiatry, and Psychology, 10, 175-83.

11. Coid, J., Yang, M., Roberts, A. et al. (2006a) Violence and psychiatric morbidity in a national household population: a report from the British Household Survey. American Journal of Epidemiology, 164, 1199-1208.

12. Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., et al. (2006b) Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain, British Journal of Psychiatry, 188, 423-31.

13. Cooke, D.J. and Michie, C. (2001) Refining the construct of psychopathy: Towards a hierarchical model. Psychological Assessment, 13, 171-88.

14. Crawford, M. and Rutter, D. (2007) Lessons learned from an evaluation of dedicated community-based services for people with personality disorder. Mental Health Review Journal, 12, 55-61.

15. Cunliffe, J. and Shepherd, A. (2007) Reoffending of Adults: Results from the 2004 Cohort (Home Office Statistical Bulletin 06/07), Home Office, London.

16. Department of Health/Home Office (1999) Managing Dangerous People with Severe Personality Disorder: Proposal for Policy Development, Department of Health, London.

17. Department of Health/Home Office (2000) Reforming the Mental Health Act Part II: High Risk Patients, The Stationary Office Norwich.

18. D'Silva, K., Duggan, C. and McCarthy, L. (2004) Does treatment really make psychopaths worse? A review of evidence. Journal of Personality Disorder, 18, 163-77.

19. Duggan, C. Huband, N. and Smailagic, N. et al. (2007) The use of psychological treatments for people with personality disorder: a systematic review of randomized controlled traits. Personality and Mental Health, 1, 95-125.

20. Farrington, D.P. (2005) Childhood origins of antisocial behaviour. Clinical Psychology and Psychotherapy, 12, 177-90.

21. Fine, C. and Danesh, J. (2002) Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systemic review of 62 surveys. The Lancet, 359, 545-50.

22. Fine, C. and Kennett J. (2004) Mental impairment, moral understanding and criminal responsibility: psychopathy and the purposes of punishment. International Journal of Law and Psychiatry, 27, 425-43.

23. Grounds, A. (2008) The end of faith in forensic psychiatry: Criminal Behaviour and Mental Health, 18, 1-13.

24. Hare, R.D. (1991) The Hare Psychopathology Checklist- Revised, Multi-Health Systems. North Tonawanda, NY.

25. Hare, R.D. (2003) The Hare Psychopathology Checklist- Revised, 2nd edn, Multi-Health Systems. North Tonawanda, NY.

26. Hare, R.D., Clark, D., Grann, M. and Thornton, D. (2000) Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: an international perspective. Behavioral Science and the Law, 18, 623-45.

27. Hawkins, J.D. and Herrenkohl, T.I. (2003) Prevention in the school years, in Early Prevention of Adult Antisocial Behaviour (eds D.P. Farrington and J.W. Coid), Cambridge University Press, Cambridge.

28. Hemphill, J.F., Hare, R.D. and Wong, S. (1998) Psychopathy and recidivism: a review. Legal and Criminological Psychology, 3, 139-70.

29. Hemphill, J.F. and Hart, S.D. (2002) Motivating the unmotivated: Psychopathy, treatment, and change, in Motivating Offenders to Change: A Guide to Enhancing Engagement in Therapy (ed. M. McMurran), John Wily & Sons, Ltd, Chichester.

30. Hiscoke, U.L. Långström, N., Ottosson, H. and Grann, M. (2003) Self-reported personality traits and disorders (DSM-IV) and risk of criminal recidivism: a prospective study. Journal of Personality Disorders, 17, 293-305.

31. Hollin, C.R. (2002) Does punishment motivate offenders? In Motivating Offenders to Change: A Guide to Enhancing Engagement in Therapy (ed. M. McMurran), John Wily & Sons, Ltd, Chichester.

32. Jamieson, L. and Taylor, P.J. (2004) A reconviction study of special (high security) hospital patients. British Journal of Criminology, 44, 783-802.

33. Liechsenring, F., Rabung, S. and Liebing, E. (2004) The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. Archives of General Psychiatry, 61, 1208-16.

34. Livesley, W.J. (2001) Conceptual and taxonomic issues, in Handbook of Personality Disorders, Research and Treatment (ed. W.J. Livesley), Guilford, New York.

35. McGuire, J. (2001) What works in correctional intervention? Evidence and practical implications, in Offender Rehabilitation in Practice: Implementing and Evaluating Effects Programs (eds G.A. Bernfeld, D.P. Farrington and A.W. Leschied), John Wiley & Sons, Ltd, Chichester.

36. McGuire, J. (2002) Integrating findings from research reviews, in Offender Rehabilitation and Treatment (ed. J. McGuire), John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, pp. 3-38.

37. McGuire, J. (2006) General offending behaviour programmes: Concept, theory and practice, in Offending Behaviour Programmes: Development, Application and Controversies (eds C.R. Hollin and E.J. Palmer), John Wiley & Sons, Ltd, Chichester.

38. National Institute of Mental Health in England (2003) Personality Disorder: No Longer a Diagnosis of Exclusion, NIMHE, London.

39. Nestor, P.G. (2002) Mental disorder and violence: Personality dimensions and clinical features, American Journal of Psychiatry, 159, 1973-78.

40. Perry, J.C., Banon, E. and Lanni, F. (1999) Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. American Journal of Psychiatry, 156, 1312-21.

41. Saltaris, C. (2002) Psychotherapy in juvenile offenders. Can temperament and attachment be considered as robust developmental precursors? Clinical Psychology Review, 22, 729-52.

42. Skeem, J. and Cooke, D.J. (in press) Is criminal behaviour a central component of psychopathy? Conceptual directions for resolving the debate. Psychological Assessment.

43. Tremblay, R.E. and Japel, C. (2003) Prevention during pregnancy, infancy and pre-school years, in Early Prevention of Adult Antisocial Behaviour (eds D.P. Farrington and J.W. Coid), Cambridge University Press, Cambridge.

44. Utting, D. (2003) Prevention through family and parenting programmes, in Early Prevention of Adult Antisocial Behaviour (eds D.P. Farrington and J.W. Coid), Cambridge University Press, Cambridge.

45. Viding, E., Blair, R.J.R., Moffitt, T.E. and Plomin, R. (2005) Evidence for substantial genetic risk for psychopathy in 7 year olds. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46, 592-97.

46. Ward, T. (2002) Good lives and rehabilitation of offenders: Promises and problems. Aggression and Violent Behavior, 7, 513-28.

47. Ward, T. and Brown, M. (2004) The Good Lives Model and conceptual issues in offender rehabilitation. Psychology, Crime and Law, 10, 243-57.

48. Widiger, T.A. and Simonsen, E. (2005) Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. Journal of Personality Disorders, 19, 110-30.

49. World Health Organisation (1992) 10th Revision of the International Classification of Diseases (ICD-10), WHO, Geneva.

50. World Health Organisation (2000) World Report on Violence and Health, WHO, Geneva.

الفصل الثانى

"الارتباط الوظيفى"
بين اضطراب الشخصية والعنف:
تقييم نقدى

كونور دوجان وريتشارد هوارد
جامعة نوتنجهام، المملكة المتحدة

المقدمة

إن التطور فى العقد الأخير لبرنامج فى إنجلترا وويلز لتقديم خدمات لمن يعتبرون خطيرين لأنهم مصابون باضطراب حاد فى الشخصية علامة مميزة لتجاوز أساسى عن الكثير من الأفكار السابقة فى منطقة مثيرة للخلاف فى الممارسة الطبية القانونية (19 و20). ما يحظى باهتمام خاص فى هذا الفصل أن هذه الفرضية مدت المعايير التى لم تكن محددة من قبل مثل الاسم القانونى "الاضطراب السيكوباتى" و"القابلية للعلاج" بمصطلحات علمية أكثر دقة لتبرير الحجز الإجبارى فى الخدمة. لأن فى هذا النظام الممتد، يحتاج الأمر للخضوع لعلاج إجبارى فى وحدة لاضطراب الشخصية الخطيرة والحادة، إلى أن يكون الفرد راضيا، ليس فقط بالشروط المذكورة من قبل، بل أيضًا بمعايير من الثلاثية التالية: (أ) الإصابة باضطراب حاد فى الشخصية، (ب) من

المحتمل أكثر أن يتصرف بعنف فى السنوات الخمس التالية، (ج) وجود "ارتباط وظيفى) بين (أ) و (ب) (22). ومن هذه المعايير تم تعريف (أ) و (ب) تعريفا إجرائيا، اعتمد على التصنيفات الواضحة، أى النسخة الرابعة من الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات الذهنية (DSM-IV) (1 و2) والتصنيف الدولى العاشر (ICD-10) (43)، وإجراءات التقييم الإمبريقية، بما فيها القائمة السيكوباتية المعدلة لهير Hare (PCL-R) (26 و27) وبروتوكولات متنوعة لتقييم الخطورة. باستخدام هذه التقييمات كأساس، ربما يكون حجز الفرد مفتوحًا على تحدٍّ على أسس علمية بطريقة لم تكن متوفرة للمعايير السابقة.

تُرِك المعيار الثالث (أى "الارتباط الوظيفى") بدون تعريف وربما كان هذا كعب أخيل الفرضية فيما يتعلق بالتحدى القانونى. استخدام مصطلح "الارتباط الوظيفى" ملتبس حيث إنه قد يعنى علاقة وظيفية بين اضطراب الشخصية والخطورة، أى مجرد تغير مشترك بين الاثنين، أو يعنى ارتباطًا سببيا بينهما. والأكثر أهمية أن مسألة "الارتباط الوظيفى" تتجاوز فرضية خطورة المصابين باضطرابات حادة فى الشخصية، ممتدة إلى قلب ما يشغل، إلى حد كبير، العاملين فى الصحة الذهنية الشرعية فى سعيهم إلى "ربط" الاضطراب الذهنى بزيادة معدل العنف.

ومع إن معنى "الارتباط الوظيفى" فى توثيق اضطراب الشخصية الخطيرة والحادة لم يعلن صراحة، نعتقد أن من المعقول أن نفسره باعتباره يتضمن "ارتباطا سببيا" بين حدة اضطراب الشخصية والزيادة الناجمة فى معدل السلوك العنيف. ببساطة، إن "حدة اضطراب الشخصية" هى التى "تجعل" الفرد "يتصرف بعنف". والبديل، وهو تفسير أضعف "للارتباط الوظيفى": يوجد ببساطة تغير مشترك بين اضطراب الشخصية الحادة والخطورة، يتضمن فقط درجة دالة من التغير المشترك. ومن ثم، سوف يُفترَض هنا أن التفسير الأقوى كان هو المقصود من قبل مخططى برنامج اضطراب الشخصية الخطيرة والحادة.

سوف نفحص فى هذا الفصل، بالتالى، الظروف التى يُعتقَد أنها ضرورية لترسيخ الادعاء السببى فى العلوم السلوكية عموما وتطبيقها على فرضية اضطراب الشخصية الخطيرة والحادة خاصة. وسوف نتناول إذن بعض أوجه قصور المقاربات الحالية للتشكيل السببى فى اضطراب الشخصية والعنف ونرى أنها تحتاج إلى أن تتوسع إلى نماذج على قدر أكبر من التعقيد لتطوير فهم أكثر إقناعا لهذه العلاقة. وفى سبيل ذلك سوف نعتمد إلى حد بعيد على كتاب ستيفن هاينز Haynes "**نماذج السببية فى علم الأمراض النفسية**" (29) ليمدنا بمقاربة دقيقة للعديد من المسائل المتصلة.

ترسيخ السببية

لكى تعمل علاقة وظيفية باعتبارها **متغيرا وظيفيا سببيا**، من المتفق عليه عموما أن الشروط الأربعة التالية ضرورية فى العلوم السلوكية (29):

(أ) **التغير المشترك بين المتغيرات**: "عدم الارتباط بين المتغيرات ينفى احتمالية العلاقة السببية لأن أى شكل لعلاقة وظيفية مستحيل (ص ٣٦).

(ب) **الأسبقية الزمنية للمتغير السببى**: "عدم وجود أسبقية زمنية يعتمد عليها لمتغير بالنسبة للآخر ينفى العلاقة السببية بينهما، حيث إنه يجعل من الصعب التمييز بين العلاقات الوظيفية السببية وغير السببية" (ص ٣٧).

(ج) **استبعاد التفسير البديل للعلاقة**: "... حتى نستنتج أن علاقة وظيفة نتيجة لارتباط سببى بين متغيرات، يكون من الضرورى استبعاد احتمال أن يكون التغير المشترك الملحوظ نتيجة عملية سببية لمتغير ثالث (أو أكثر من متغير) (ص ٣٩).

(د) **التأكد من وجود ارتباط منطقى بين المتغيرات**: "حتى يعتبر المتغير (س) 'سببًا'، يجب أيضًا أن يكون له ارتباط منطقى بالتأثير (ص)" (ص ٤٠). ويشير هاينز إلى أن هذا يتطلب طرح السؤال "كيف يتسبب س فى ص؟" أى تحديد الآلية السببية.

القضية الحاسمة التى ينبغى فحصها هنا هى إن كان من الممكن تقديم حالة، على ضوء هذه المعايير، باعتبارها علاقة وظيفية سببية بين الاضطراب الحاد فى الشخصية ومعدل العنف كما تحددها معايير خطورة الاضطرابات الحادة فى الشخصية. نبرهن فيما يلى على الصعوبات الكبيرة التى تظهر حين تُطبَّق هذه المعايير على محتويات فرضية اضطراب الشخصية الخطيرة والحادة.

التغير المشترك بين المتغيرات:

تظهر هذه الحالة واضحة تماما بحيث يمكن أن نبرهن فى الحقيقة على أن هذا الارتباط أساسى فى تعريف اضطراب الشخصية الخطيرة والحادة. يتضمن هذا، على سبيل المثال، أن احتمال الخطورة يرتبط مباشرة بحدة اضطراب الشخصية. من ثم، كلما كان الاضطراب أشد زاد احتمال معدل السلوك العدوانى. لسوء الحظ، تعريف اضطراب الشخصية الحادة فى اضطراب الشخصية الخطيرة والحادة ملتبس حيث يشمل بنيتين مختلفتين، السيكوباتية واضطراب الشخصية، بحيث يمكن استخدام أى منهما أو استخدامهما معًا، ومن ثم تظهر على الأقل ثلاث طرق لقياس "حدة" اضطراب الشخصية. تحدد معايير خطورة الاضطراب الحاد فى الشخصية العناصر الثلاثة التخييرية التالية:

(١) وجود درجة كافية من السمات السيكوباتية (نتيجة ٣٠ أو أكثر على القائمة السيكوباتية المعدلة)؛ أو

(٢) اتحاد من معدل سيكوباتية مرتفعة بصورة معتدلة (القائمة السيكوباتية المعدلة ٢٥-٢٩) مع اضطراب واحد فى الشخصية على الأقل غير اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع؛ أو

(٣) اثنان أو أكثر من اضطرابات الشخصية، بصرف النظر عن نتيجة القائمة السيكوباتية المعدلة.

يمثل استخدام ثلاثة معايير تخييرية لتعريف المتغير السببى مشكلة، حيث إنه "يخلط الحابل بالنابل".(١) السيكوباتية، بتعريف القائمة السيكوباتية المعدلة، متغير مستمر يصف كوكبة من السمات الأساسية للشخصية مرتبطة بسلوك اجتماعى مضاد للمجتمع بشكل خطير، بما فى ذلك العنف (27). على العكس، معايير الدليل الأمريكى الرابع DSM-IV والتصنيف الدولى العاشر ICD-10 متغيرات مطلقة: المرض موجود أو غائب. إذا اختيرت النتيجة على القائمة السيكوباتية المعدلة، على سبيل المثال، باعتبارها الطريقة الوحيدة لتحديد العلاقة بين حدة اضطراب الشخصية واحتمال حدوث العنف، تكون العلاقة إذن بين المتغير السابق واللاحق واضحة تماما، لأن الاثنين يمكن تحديدهما بطريقة بُعْدية. والمغزى هنا أنه كلما كانت نتيجة القائمة السيكوباتية المعدلة أعلى كلما زاد احتمال أن يتصرف المرء بعدوانية؛ وهناك أدلة تدعم هذه العلاقة (27 و40)، وتشمل بيانات من دراسة طولية على الأقل (25). بالإضافة إلى ذلك، بينما تتداخل السيكوباتية إلى حد بعيد مع اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، فإن اجتماع اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والسيكوباتية يؤدى إلى توقع حدوث العنف أكثر من توقعه فى حالة اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع وحده (33).

لكن الذين اعتمدوا على معايير اضطراب الشخصية الخطيرة والحادة اعترفوا بأن من المحتمل أن يتصرف بعض الأفراد بعنف نتيجة خلل فى شخصيتهم، رغم أنهم لم يسجلوا درجات عالية على القائمة السيكوباتية المعدلة. من ناحية، كان ذلك بدون شك نتيجة حقيقة أن العلاقة بين السيكوباتية، مقيسة بالقائمة السيكوباتية المعدلة، والعنف علاقة متواضعة فى أفضل الأحوال. باستخدام نموذج من أربعة عوامل، وجد فيتاكو Vitacco ونيومان Neumann وجاكسون Jackson (40) أن العوامل الوجدانية والمضادة للمجتمع فى القائمة السيكوباتية المعدلة تتنبأ بالعنف بشكل معتدل، بينما وضح استخدام نموذج من ثلاثة عوامل أن العوامل الوجدانية والمرتبطة بأسلوب الحياة

(١) يخلط الحابل بالنابل: فى الأصل يخلط التفاح بالبرتقال.

تتنبأ بشكل متواضع فقط بالعنف. إضافة إلى ذلك، تعزى إلى حد بعيد قدرة القائمة السيكوباتية المعدلة على التنبؤ بالعنف للعامل الثانى Factor 2 – أسلوب اندفاعى فى الحياة ومضاد للمجتمع (40). هكذا تم توسيع معايير اضطراب الشخصية الخطيرة والحادة لتشمل اضطرابات الشخصية من الدليل الأمريكى الرابع والتصنيف الدولى العاشر، مما يضمن أن هؤلاء الأفراد لن يخرجوا بشكل غير متعمد عن المعايير التى تسمح باحتجازهم.

يثير هذا التوسع ليشمل تشخيصًا مطلقًا مشكلة ليس فقط لأنه، كما تبين من قبل، يجمع متغيرا بُعْديا مع متغير مطلق لتحديد "الحدة"، بل لأنه يفترض أيضًا أن كل اضطرابات الشخصية ترتبط بشكل متساوٍ مع احتمال حدوث العنف. لنتأمل، على سبيل المثال، فردًا تنطبق عليه فقط معايير اضطراب الشخصية الاعتمادية واضطراب الشخصية الاجتنابية، ويمكن بالتالى أن يوصف بأنه مصاب "باضطراب الشخصية الحادة" طبقا لمعايير اضطراب الشخصية الخطيرة والحادة. بينما مثل هذا الفرد ربما يعانى، طبقا لمعايير اضطراب الشخصية الخطيرة والحادة، من "اضطراب الشخصية الحادة"، لا يوجد دليل على احتمال أن يؤدى وجود السمات الاعتمادية والاجتنابية إلى سلوك عنيف– فى الحقيقة يوجد دليل على العكس (13). على العكس، ربما يتصرف الفرد الذى تنطبق عليه كل معايير اضطراب الشخصية الارتيابية بعنف، مع أن معايير "الحدة" فى اضطراب الشخصية الخطيرة والحادة لا تنطبق عليه. لسوء الحظ، ليس هناك توجيه فى أدبيات اضطراب الشخصية الخطيرة والحادة للطريقة التى ينبغى بها حل هذا المأزق. سوف نعود إلى هذه القضية فيما بعد حين نفحص بشكل نقدى الدليل الإمبريقى على العلاقة بين اضطراب الشخصية والعنف.

الأسبقية الزمنية للمتغير السببى:

مرة أخرى، معنى هذا المعيار واضح (إذا تسبب أ فى ب فلابد أن أ يسبق ب زمنيا). وهذا لا ينبغى أن يخلق صعوبات كثيرة بسبب فرضية اضطراب الشخصية

الخطيرة والحادة بأن اضطراب الشخصية يعرف على أنه "نمط ثابت من الخبرة الداخلية والسلوك... أى... مستقر ولفترة طويلة، وترجع بداية ظهوره إلى المراهقة أو بداية البلوغ على الأقل" (1). إن وجود اضطراب الشخصية طوال الحياة يعنى أن "السابق" يجب أن يسبق "اللاحق" (أى خطر السلوك العنيف) زمنيا. لسوء الحظ، إن بناء هذا التتابع ليس بهذه البساطة للأسباب التالية. أولا، حين نقيِّم دليلا على ارتباط وظيفى بين اضطراب الشخصية فى مريض وخطورته، على الإكلينيكى بشكل أساسى أن يبنى قصة لتاريخ حياة المريض ويقتنع بنفسه بأن نشأة اضطراب الشخصية لم يسبق فقط ظهور الخطورة، لكنه ارتبط بها سببيا. عمليا، يعنى هذا ببساطة طرح السؤال التالى: "هل حدثت هذه الجريمة (العنيفة) فى غياب اضطراب الشخصية؟" بتعبير آخر: هل كان اضطراب الشخصية شرطًا **ضروريًا** لحدوث الجريمة؟ فى هذه الحالة، على الإكلينيكى تفسير المصطلح بوصفه يتضمن سببا **ضروريا**، لكن كما يشير هاينز Haynes (29)، بعض المتغيرات السببية ليست ضرورية أو كافية، خاصة حين تعمل بالتوافق مع عوامل أخرى. الإجابة على السؤال السابق ذاتية بالضرورة، وتعتمد على التفسير الخاص الذى يفسر به الإكلينيكى "البيانات"، كما تعتمد على تفسيره لمصطلح "الارتباط الوظيفى". ويمكن أن يتنوع الأخير تنوعا هائلا، من اهتمام ضئيل أو معدوم بمعناه إلى تعبير أكثر عقلانية وصراحة عن عملية ترسيخ الارتباط، كما فى الملاحظة التالية التى وضعها إكلينيكى عن اضطراب الشخصية الخطيرة والحادة: "يعتبر الارتباط موجودا إذا ارتبطت على الأقل جريمتان مؤذيتان (جنسيتان أو عنيفتان) باضطراب الشخصية عند 'س'. يمكن لتحديد العوامل السيكولوجية لاضطراب شخصية المريض، إضافة إلى المعتقدات والأفكار والمشاعر الموجودة فى سلسلة الأحداث التى تؤدى إلى الجريمة، أن يوجه العملية. يمكن الاستدلال على ارتباط وظيفى من تحليل أى جريمة يتضمن تحليل السلوكيات الموازية المؤذية والآثمة."

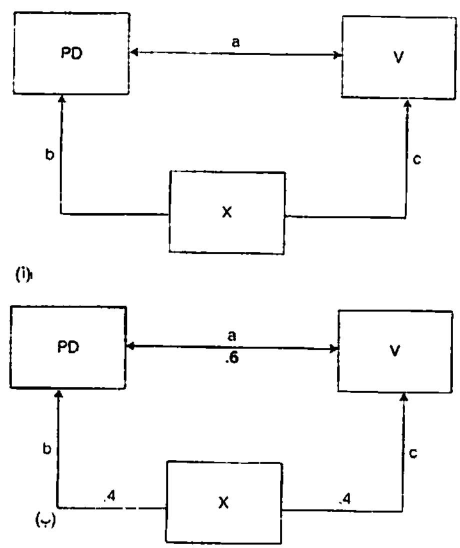
بينما يمكن لإكلينيكى بالطبع أن يلجأ إلى بيانات وبائية أو مجموعة لدعم تفسيره، لا يمكن أن تُرسِّخ الأسبقية أبدًا، كما يشير هاينز (29)، فى بحث عرْضى، مهما يكن تصميمه رائعا؛ لا يمكن أن تُرسِّخ إلا بالدراسات الطولية.

يوضح مثال من بحث فى الاكتئاب هذه النقطة. هنا، ساد الاعتقاد فترة طويلة بأن "اليأس المتعلم" سابق على قابلية سابقة لنشأة الاضطراب الاكتئابى (37). ورغم أنه اعتقاد مستساغ، فقد قُدِّم الدليل على هذا الوضع أساسًا من بحث عرْضى قارن درجة اليأس المتعلم فى المصابين باضطراب اكتئابى وفى غير المصابين. وأكدت هذه الدراسات أن اليأس المتعلم أكثر شيوعًا فى المجموعة الأولى. لكن حين قيس اليأس المتعلم بشكل مستقبلى باعتباره المتغير السابق على الاكتئاب التالى له، لم يظهر من أصيبوا بعد ذلك بالاكتئاب مستوى زائدا من اليأس المتعلم كما توقعت فرضية اليأس المتعلم (6). لسوء الحظ، بالنسبة لمن يؤيدون ارتباطًا سببيا بين حدة اضطراب الشخصية والخطورة، لا يوجد إلا دليل إمبريقى واهٍ من الدراسات الطولية يربط اضطراب الشخصية بالعنف.

ثانيا، يقدم اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع كما عُرِّف فى الدليل الأمريكى الرابع DSM-IV مشاكل خاصة. بينما يرى كثير من المؤلفين الآن أن اضطراب الشخصية يظهر بشكل ارتقائى (على سبيل المثال، (12))، متضمن فى مطلب وجود اضطراب سلوكى conduct disorder سابق لتشخيص اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع؛ تشخيصيا- طبقا للدليل الأمريكى الرابع على الأقل- لا يمكن أن يعتبر شخص مصابًا باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع قبل الثامنة عشرة. إضافة إلى ذلك، يوحى مطلب وجود اضطراب سلوكى فى الطفولة لتشخيص اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع بأن السلوك المضاد للمجتمع (بما فى ذلك العنف) (أى "النتيجة") يستخدم بوصفه جزءًا من تعريف اضطراب الشخصية (أى "السابق"). ونتيجة لذلك، يصبح تبرير ارتباط اضطراب الشخصية بالسلوك العنيف دائريا، أى إن "السلوك المضاد للمجتمع يسبب السلوك المضاد للمجتمع". بالضبط مثل انتهاك ضرورة الأسبقية الزمنية، نتناول فيما يلى هذه الدائرية، ويبدو أيضًا أنها تنتهك مطلب الارتباط المنطقى بين المتغيرات.

استبعاد تفسير بديل للعلاقة:

حتى إذا كان من الممكن توضيح أن العلاقة بين اضطراب الشخصية الحادة والعنف تلبى مطلبى التغير المشترك والأسبقية الزمنية، فمن الضرورى لتوضيح علاقة سببية بينهما استبعاد متغير ثالث مسئول عن التغير المشترك بينهما (انظر الشكل ٢، ١). فى حالة اضطراب الشخصية الخطيرة والحادة، ثمة عامل ثالث واضح قد يفسر العلاقة بين "اضطراب الشخصية الحاد" و"الخطورة" وهو إساءة استخدام المواد المخدرة (سواء كانت العقاقير أم الكحول أم الاثنين). هنا، يمكن للمرء تخيل أن إساءة استخدام المواد المخدرة فى مرحلة مبكرة من العمر قد يكون له تأثير ضار على كل من نمو الدماغ brain والشخصية، مما يؤدى إلى زيادة احتمال حدوث السلوك العنيف.



الشكل ٢ ، ١ رسم تخطيطى للقوة السببية لعلاقة غير سببية (ارتباطية) بين اضطراب الشخصية (PD) والعنف (V) الناتج عن تأثير مشترك لمتغير ثالث X. فى (أ)، تفسر تأثيرات المتغير الثالث التغير المشترك بين اضطراب الشخصية والعنف إذا كانت أهمية مسار b وc مرتفعة بشكل كاف لجعل قيمة المسار a صفرا تقريبا حين يتم ضبط هذه المسارات. فى (ب) تفسر العلاقة الارتباطية بين اضطراب الشخصية والعنف جزئيا التأثيرات المشتركة لـ. يقلص المساران الضابطان b، c قيمة a، لكن ليس إلى الصفر. عن هاينز (29).

إذا تأكد فى الحقيقة تفسير بديل لاضطراب الشخصية الخطيرة والحادة، فسيكون "اضطراب الشخصية الحادة" غير مرتبط سببيا "بالخطورة". ويتعقد هذا أكثر بحقيقة أن الاشتراك فى التغير، كما يشير هاينز، بين متغيرين اثنين، على سبيل المثال اضطراب الشخصية الحادة والخطورة، يمكن أن يعتبر مسئولا جزئيا عن طريق وجود متغير ثالث مثل إساءة استعمال العقاقير والكحول (انظر شكل ٢، ١ (ب)). فى هذه الحالة، يمكن أن تكون هناك علاقة سببية مباشرة ضعيفة بين اضطراب الشخصية والعنف، حتى بعد التحكم فى تأثيرات متغير ثالث مثل إساءة استخدام العقاقير أو الكحول أو كليهما.

ورغم أهمية استبعاد التفسيرات البديلة فى استنباط أى نتائج عن الاستدلال السببى، من المعروف أن ذلك يمكن أن يكون صعبا من الناحية العملية لأنه يتطلب قياسا دقيقًا لمتغيرات متعددة فى تتابع زمنى محدد بدقة (أى إن الفحص الطولى مطلوب). وهذا الشرط لا يمكن الوفاء به فى حالة اضطراب الشخصية الخطيرة والحادة حين يُواجَه المرءُ بجناة، ما يقدمونه نتيجة لعيوب عديدة، ومن الصعب تمييز تسلسله الزمنى بدقة.

التأكد من وجود ارتباط منطقي بين المتغيرات:

بينما المعايير الثلاثة السابقة ضرورية للتأكد من وجود علاقة سببية، فإنها غير كافية (11)؛ حتى يُعتبَر متغيرٌ "سببيا"، يجب أيضًا أن يكون له ارتباط منطقى مع "تأثيره". إضافة إلى ذلك، كما يوضح هاينز (29)، يتطلب ارتباط منطقى بين سبب ونتيجة تحديد الآلية السببية التى تربط الاثنين: "يجب طرح السؤال: 'كيف (أو بأى طريقة) تسبب س فى ص؟'" (ص ٤١).

وهذا يمثل التحدى الأكبر (وضمنيا الأكثر أهمية) لكل معايير هاينز حيث يتطلب تحديداً دقيقا وأسبقية لعدد من المتغيرات السببية التى ربما تؤدى ضمنيا إلى جريمة. لنتأمل، على سبيل المثال، امرأة مصابة باضطراب الشخصية الحدية تحرق ممتلكات بشكل متعمد. إن تحديد أى من المتغيرات الكثيرة المتداخلة الممكنة، على سبيل المثال الاندفاع وتعكر المزاج وغياب الهوية وعدم التنظيم الانفعالى، جعلها تتورط فى عملية إشعال الحريق، مهمة واضحة الصعوبة. وبشكل مماثل، فى حالة اضطراب الشخصية الخطيرة والحادة، يكون التأكد من الآلية السببية صعبا على الأرجح لوجود، كما نصف

فى القسم التالى، علل متزامنة بنسب عالية، بين مختلف أشكال اضطرابات الشخصية، وبين هذه الاضطرابات وحالات الاختلال الذهنى الأخرى. من المعروف، على سبيل المثال، إنه بالنسبة لمن يحتجزون تحت اسم اضطراب الشخصية الخطيرة والحادة، يكون تزامن العلل القاعدة، لا الاستثناء. فى الحقيقة، فى أكثر من نصف كل المرضى الذين يحجزون فى وحدة بيكز Peaks Unit، واحدة من وحدتين لاضطراب الشخصية الخطيرة والحادة منشأتين للخدمة الصحية فى المملكة المتحدة، يتم تشخيص أكثر من اضطراب فى الشخصية، ومن ينطبق عليهم معيار الحدة، ثلاثة أرباعهم مصابون بأكثر من اضطراب.[٢] لنفترض، على سبيل المثال، أن المرء وجد فرداً تنطبق عليه معايير اضطرابى الشخصية النرجسية والارتيابية ، يعانى من حالات متعددة على المحور الأول Axis I بما فيها إساءة استخدام المواد المخدرة واضطراب كرب ما بعد الصدمة PTSD، وميال للعنف. هل يمنح المرء الأسبقية لتضخم تقدير الفرد لذاته (النرجسية)، أم لتشككه فى دوافع الآخرين (السمات الارتيابية)، أم لإساءة استخدامه للمواد المخدرة أو لتنشيط أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، فى تفسير سلوكه العنيف؟ ومن ثم يبرز السؤال: كيف يمكن للمرء أن يعزى الأولوية السببية لظرف بدل الآخر فى تحديد ارتباطاته بالسلوك العنيف؟

ما الدليل الإمبريقي الذي يربط اضطراب الشخصية بالسلوك العنيف ؟

بينما يقبل المجتمع العلمى عموما أن الاضطراب الذهنى يرتبط على الأقل (ليست علاقة سببية) بالعنف، من المهم أن ندرك أن المجتمع نفسه اعتنق رأيا مضادا تماما

(٢) أكد هذه الأرقام ريتشارد هوارد من قاعدة بيانات الأبحاث الموجودة فى وحدة بكيز الأكاديمية والبحثية (المؤلفان).

منذ ٢٥ سنة (7). ويجب أن يجعلنا هذا التحول الجذرى على الأقل حذرين بعض الشيء من إضفاء قيمة كبيرة على هذا الارتباط. إضافة إلى ذلك، يتم دعم وقفة تشكك حين يتم فحص هذا الارتباط إمبريقيا. توجد على الأقل ثلاث طرق يمكن أن يتم بها هذا.

الأولى من خلال عمليات المسح الوبائى كتلك التى قام بها كويد وزملاؤه (15 و 16و17).

سعت الدراسات الأولى التى قام بها كويد لعينات من الطب الشرعى، أى المحتجزين فى مستشفيات تتمتع بقدر عال من الحماية وفى مؤسسات السجون، إلى استكشاف مسألة كيف ساهمت السيكوباثولوجيا psychopathology لديهم، واضطراب الشخصية بشكل خاص، فى سلوكهم العنيف (13 و14). أدين ثمانية وأربعون فى المائة من العينة بالقتل أو محاولة القتل أو إحداث جروح. وكان معظم الأفراد يحملون تشخيصات متعددة على المحور الأول (متوسط ٧,٢) والمحور الثانى (متوسط ٦,٣، الأكثر شيوعا اضطراب الشخصية الحدية والمضادة للمجتمع والنرجسية والارتيابية). كان أكثر من الثلث (٣٦٪) مشخصين طوال حياتهم بإدمان الكحول أو إساءة استخدام الكحول. وهذا يؤكد البحث السابق بأنها مجموعة ذات احتياجات معقدة فيما يتعلق بالصحة الذهنية. ومع ذلك، استنتج كويد أن اضطرابات الشخصية "يبدو أنها تساهم مساهمة أساسية فى تحفيز السلوك الإجرامى الخطير" ((14)، ص ٩٨). لكنه اعترف بأنه لم يتم قياس عدد من العوامل المختلطة الممكنة (انظر ما يلى).

توضح الأوصاف التى قدمها كويد تعقد الصور؛ كانت غالبا اتحادا للعديد من اضطرابات الشخصية وحالات على المحور الأول تعمل فى تناغم. كان هناك مثال نموذجى لامرأة تتصرف بعنف أدى إلى القتل. كانت تعانى من اضطرابات المحور الثانى، اضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع والحدية والارتيابية، مع تشخيصات على مدار الحياة على المحور الأول، الاضطراب الاكتئابى والاعتماد على الكحول

وإساءة استخدام العقاقير. من الواضح أن نسبة السببية لاضطراب، أو حتى لاضطرابات متعددة على المحور الثانى، ربما أدى إلى السلوك العنيف لهذه المرأة يمثل مشكلة، حيث إن هذه الاضطرابات ربما ساهمت كلها. وتضاف إلى ذلك المساهمة المحتملة للعلل المتزامنة لحالات المحور الأول. هذه الصورة المعقدة لن تثير دهشة أى إكلينيكى يعمل فى هذه المنطقة.

أحد أوجه القصور الرئيسية فى دراسته- وهو قصور اعترف به كويد صراحة- أن الشخصية وحالات المحور الأول لم يتم تقييمها بغض النظر عن طبيعة السلوك الإجرامى؛ ومن ثم هناك احتمال لتأثير انحراف المقيِّم على النتائج. وجه القصور الثانى هو تمثيل العينة، حيث إنها شملت بشكل أساسى مقيمين فى مستشفيات تحظى بدرجة عالية من الحماية، من المحتمل أنهم يعانون مستوى عال من الاعتلال، ومساجين كانوا مزعجين بدرجة تطلبت وضعهم فى وحدات خاصة للتعامل معهم. باستثناء هذا القصور، بما فى ذلك طبيعة الارتباط، هذه الدراسة واحدة من الدراسات الإمبريقية القليلة التى فحصت علاقة اضطرابات معينة فى الشخصية باقتراف جرائم العنف فى عينات الطب الشرعى.

واصل كويد وزملاؤه (15 و16 و17). منذ ذلك الوقت متابعة أبحاثهم الوبائية بتجميع بيانات تتعلق باضطراب الشخصية واقتراف الجريمة فى عينات ممثلة للمجتمع بشكل أكبر. وجد مسح حديث لسكان المملكة المتحدة أن وجود أى اضطراب فى الشخصية مرتبط بزيادة ضئيلة جدا فى معدل العنف الذى يزداد بشكل لافت حين يتحد بالاعتماد على المواد المخدرة (15). حتى فى حالة اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، اضطراب الشخصية المرتبط بشكل أكثر وضوحا بمعدل العنف فى المجتمع (16)، وجد أن معدل العنف متواضع نسبيا- نسبة الخطورة، حين يتم ضبطها بالنسبة لعوامل مختلطة من قبيل الجنس والعمر والطبقة الاجتماعية والاضطرابات الذهنية المصاحبة، ١.٦. ومن اللافت، أن نصف المشخصين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع لم يقترفوا سلوكًا عنيفًا فى السنوات الخمس السابقة. من هذه الدراسة

ودراسات أخرى، من الواضح أن وجود اضطراب الشخصية، وخاصة اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، بالتزامن مع اضطرابات أخرى (وخاصة الاعتماد على الكحول والمواد المخدرة) هو المفتاح لفهم زيادة معدل العنف فى الأفراد المصابين باضطراب الشخصية. فى دراسة كويد وآخرين (15)، اقترف ١١٪ من المصابين باضطراب الشخصية، مقارنة مع ٧٪ من غير المصابين بأى اضطراب، سلوكًا عنيفًا فى السنوات الخمس السابقة، لكن أكثر من نصف (٥٢٪) المصابين باضطراب الشخصية اقترفوا العنف حين تزامن الاضطراب مع الاعتماد على المواد المخدرة.

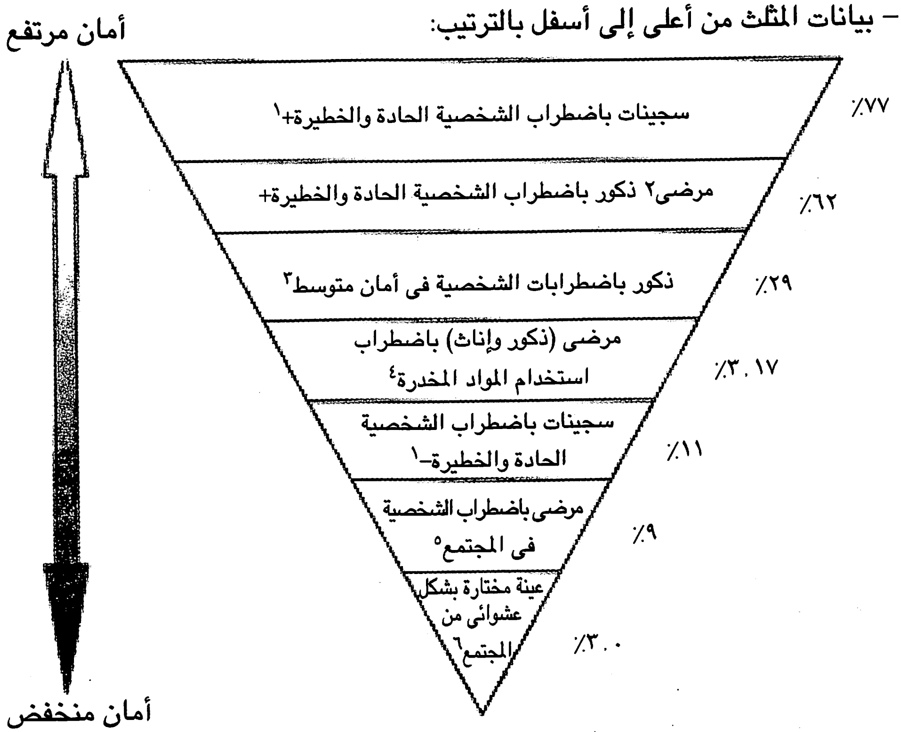
لكن التزامن فقط بين اضطرابات الشخصية والاضطرابات على المحور الأول للدليل الأمريكى DSM من قبيل الاعتماد على المواد المخدرة ليس مهمًا لوضع الارتباط بين اضطرابات الشخصية والعنف فى السياق المناسب. يتبين عادة أن المرضى المصابين باضطراب الشخصية مصابون بأكثر من اضطراب فى الشخصية (44)، وتشخيص اضطرابين أو أكثر من اضطرابات الشخصية فى الفرد نفسه شائع فى العينات الإكلينيكية وغير الإكلينيكية (41 و36 و21). ويحدث هذا بشكل متزامن داخل المجموعات التقليدية فى الدليل الأمريكى الرابع DSM-IV وخارجها (انظر الفصل الأول).

تم اقتراح التزامن الانتقائى بين اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع واضطراب الشخصية الحدية باكتشاف أن اضطراب الشخصية الحدية، بين المرضى البالغين المحجوزين فى مستشفيات الطب النفسى، حدث بالتزامن مع اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع وليس مع الاضطرابات الأخرى فى الشخصية (8). قدم هوارد وآخرون (30) مؤخرا دليلا على أن اتحاد اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع مع اضطراب الشخصية الحدية فى عينة من مجموعة تلتمس العلاج مرتبط بشكل خاص بالجريمة والعدوانية والانفلات العاطفى. ارتبطت سمات كل من اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع واضطراب الشخصية الحدية، مع السمات الارتيابية والنرجسية/الهستيرية، محملة بشكل دال على عامل "مضاد للمجتمع" من فئة أعلى،

بتاريخ لاقتراف الجرائم العنيفة وغير العنيفة. ويتسق هذا مع تقرير سابق بأن وجود السمات الارتيابية والنرجسية والعدوانية السلبية passive-aggressive في المراهقين زاد من معدل اقتراف الأعمال العنيفة والسلوك الإجرامي في المراهقة أو في بداية البلوغ (31).

إضافة إلى ذلك، يختلف تزامن اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع واضطراب الشخصية الحدية بوصفه وظيفة لمستوى الأمان. يوضح الشكل ٢، ٢ أن تزامن اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع واضطراب الشخصية الحدية يتبع تدرجا من أمان عال إلى أمان منخفض (وبالتالي من أشد "خطورة" إلى أقلها).

– بيانات المثلث من أعلى إلى أسفل بالترتيب:



الشكل ٢، ٢ تزامن اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والشخصية الحدية من عينات من مستويات مختلفة من الأمان. ١– بيانات من دراسة لمجموعة من السجن (18)، بإذن من لورا بل **Laura Bell**؛

٢- بيانات غير منشورة من وحدة بيكز، مستشفى رامبتون Rampton، المملكة المتحدة. ٣- بيانات غير منشورة من وحدة أرنولد لودج Lodge، متوسطة الأمان، ليسيستر، المملكة المتحدة. ٤- (5)؛ ٥- (30)؛ ٦- بيانات من مسح المقيمين البريطانيين (15) بإذن من كويد Coid وألريتش Ullrich؛ (+) تنطبق عليهم معايير اضطراب الشخصية الخطيرة والحادة؛ (-) لا تنطبق عليهم معايير اضطراب الشخصية الخطيرة والحادة.

ثمة مقاربة ثانية لفحص إمبريقى للعلاقة بين اضطراب الشخصية والعنف تعتمد على مقارنة معدل انتشار العنف فى اضطرابات الشخصية فى مجموعات من الجناة العنيفين وغير العنيفين. قارن وتزك Watzke وألريتش Ullrich ومرنيروز Marneros (42) نزلاء سجون ألمان من الذكور بشكل أساسى بتاريخ للعنف وبدون تاريخ للعنف، باستخدام التصنيف الدولى العاشر ICD-10. اضطراب الشخصية غير الاجتماعية dissocial، المقابل فى التصنيف الدولى العاشر لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع antisocial فى الدليل الأمريكى الرابع DSM-IV، أكثر شيوعا إلى حد ما فى الجناة العنيفين (٢٣.٦٪) من الجناة غير العنيفين (١٤.٦٪) لكن العنف كان مرتبطا بشكل أكثر وضوحًا بالإضرابات الذهنية على مدار العمر باستبعاد اضطرابات الشخصية. كان الاختلاف الأبرز، والأهم، بين المجموعتين فى معدل انتشار اضطراب استخدام المواد المخدرة: تبين وجود اضطراب استخدام المواد المخدرة فى ٧٠٪ تقريبا من الجناة العنيفين، مقابل ٤٥٪ من الجناة غير العنيفين. ثمة مقاربة ترتبط بهذه المقاربة وهى فحص العلاقات بين اضطراب الشخصية ومقاييس العنف ضمن عينات من الجناة العنيفين. ومن أمثلتها دراسة بلاكبرن Blackburn (10)، التى فحص فيها الارتباط بين اضطراب الشخصية والتاريخ الإجرامى، بما فى ذلك مجموع أحكام الإدانة للجرائم العنيفة والجنسية، مصححة بالنسبة لوقت التجاوز. ارتبطت أحكام العنف بشكل دال، لكنه متواضع جدا (r = 23,0)، مع اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فقط. وأشار بلاكبرن إلى أن الارتباط بين اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع واقتراف العنف

كان مبالغا فيه بمعيار التلوث، وفسر النتائج بأنها توحى بأن "أى اضطراب من اضطرابات الشخصية لا يرتبط ارتباطا قويا باستمرار اقتراف الجرم" (ص ١٥٥).

ثمة مقاربة ثالثة، وهى مقاربة حاسمة لوضع مسألة الارتباط السببى بين اضطراب الشخصية والعنف، تتتبع مجموعة من الأفراد من الطفولة إلى المراهقة والبلوغ. ولسوء الحظ، لا يوجد إلا عدد ضئيل نسبيا من هذه الدراسات. الدراسة المذكورة من قبل لجونسون وآخرين (31)، دراسة استطلاعية طولية مجتمعية لعدد ٧١٧ من الشباب من شمال ولاية نيويورك فحصت إمكانية ارتباط اضطرابات الشخصية أثناء المراهقة (وتم استبعاد اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع) بزيادة معدل العنف أثناء المراهقة وبداية البلوغ، بعد ضبط عدد من العوامل المشتركة بما فيها تزامن حدوث اضطرابات القلق والاكتئاب والشخصية واستخدام المواد المخدرة فى منتصف المراهقة، واضطراب السلوك، والعمر، والجنس. ارتبطت المجموعة أ من اضطرابات الشخصية بزيادة معدل السطو والتهديد، بينما كان احتمال تورط أفراد المجموعة ب من اضطرابات الشخصية (باستبعاد اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع) أثناء المراهقة فى إشعال الحرائق فى الممتلكات أو التخريب والشروع فى مشاجرات جسدية والسلب والنهب والانهماك فى أى عمل عنيف أعلى من احتمال ذلك بالنسبة لغير المصابين بهذه الأنواع من اضطرابات الشخصية. لم تتفاعل القدرة التى سبق ذكرها، قدرة أعراض اضطراب الشخصية الارتيابية أو النرجسية أو العدوانية السلبية على توقع أعمال العنف، مع إساءة استخدام المواد المخدرة فى منتصف المراهقة. وجاءت العلاقات بين اضطراب الشخصية الحدية وأعمال العنف أقل وضوحاً، فاقدة أهميتها بمجرد التحكم فى متغيرات أخرى بما فيها إساءة استخدام المواد المخدرة. ويبدو من بحث طولى آخر أن إساءة استخدام المراهقين للكحول تتوسط العلاقة بين متغيرات الطفولة ونشأة الأعراض الحدية فى مرحلة البلوغ (38). تفحص المجموعة الأخيرة من الباحثين، ثاتشر Thatcher وكورنليوس Cornelius وكلارك Clark، حاليا سوابق المراهقين المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، بما

فى ذلك استخدام الكحول، ومن المهم أن نعرف من نتائجهم أن استخدام المراهقين للكحول والمواد المخدرة الأخرى يتوسط العلاقة بين متغيرات الطفولة واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فى مرحلة البلوغ. تمت الإشارة إلى أهمية إساءة استخدام الكحول فى وقت مبكر فى نتائج دراسة طولية أخرى- دراسة دندين Dunedin متعددة التخصصات للصحة والنمو (34). نصف الذكور تقريبا الذين أظهروا نمطا مستمرا على مدار العمر لاقتراف الجرائم كان من الممكن تشخيص اعتمادهم على الكحول فى الثامنة عشرة.[٣] ويوحى هذا بأهمية الدور السببى لإساءة استخدام الكحول فى المراهقة فى التوسط بين اضطراب الشخصية والسلوك المضاد للمجتمع (بما فى ذلك العنف) فى مرحلة البلوغ.

نتائج النماذج السببية المحدودة

يوضح الدليل المأخوذ عن هذه المراجعة الموجزة للبيانات الإمبريقية التى تربط اضطراب الشخصية بالعنف أن العلاقة السببية الواضحة، أى العلاقة التى تنطبق عليها المعايير الأربعة للسببية التى ذكرناها بإيجاز، بعيدة عن الترسيخ، ويجب انتظار نتائج مزيد من الدراسات الطولية. يوحى الدليل، بهذه الحالة، بأن أى علاقة توجد بين اضطراب الشخصية والعنف ضعيفة، وأن اضطراب الشخصية، بما فى ذلك اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، من المحتمل أن يفسر فقط نسبة ضئيلة جدا من الاختلاف فى السلوك العنيف. لكن فرضية خطورة الاضطراب الحاد فى الشخصية تتصدع بشكل أكثر أهمية حيث إنها تسقط فى مجموعة من النماذج السببية المحدودة وتعانى بالتالى من عيوب مثل هذه المقاربات. وهنا تظهر المشاكل عند استخدام سبب واحد أو مجموعة محدودة من الأسباب (كما يحدث فى نموذج سببى محدود) باعتباره المتغير التفسيرى لوصف العلاقات فى الاضطرابات السلوكية المعقدة.

---

(٣) تى إى موفيت Moffitt، اتصال شخصى مع ريتشارد هوارد، ٢٠٠٢ (المؤلفان).

وهناك تأثيرات عديدة غير مستحبة لهذه المقاربة (29)، لكننا سوف نصف أربع نتائج فقط منها: (أ) التنافر بين النماذج السببية المختلفة؛ (ب) ميلها لاستخدام متغيرات سببية عالية بصورة مفرطة؛ (ج) فرضية أحادية الاتجاه؛ (د) الثبات المفترض أو نهائية النموذج.

التنافر بين النماذج السببية:

حين تُستخدَم النماذج السببية المحدودة لسبب، أو عدد محدد من الأسباب، لتفسير الاضطراب السلوكى ذاته، يوجد ميل لرؤية هذه النماذج باعتبارها تتنافس مع بعضها البعض (29). وينطبق هذا على تفسير حدوث اضطراب، كما ينطبق على علاجه. وتشمل الأمثلة النموذجية التدخل بعقار (بتأكيده على الخلل العصبى الكيميائى) مقابل العلاج السيكولوجى (بتأكيده على التعلم الاجتماعى أو الاحتمالات السلوكية). ثمة مثال قدمه هاينز (29) عن عقار الألبرازولام alprazolam مقابل العلاج السلوكى فى اضطراب الهلع (32).[٤] وعبر هاينز (29) بوضوح عن النتائج السلبية لهذه المقاربة: "فى هذه الدراسات، النماذج السببية التى تفقد 'lose الاختلاف العرقى' (أى تلك التى تفشل فى تفسير النسبة الأكبر من الاختلاف فى اضطراب سلوكى أو نتيجة التدخل) تهمل غالبا إذعانا 'للنموذج الرابح" (ص ٥٩). وانتشر الاعتقاد بتنافر النماذج السببية أكثر بواسطة المنظمات المهنية التى تؤيد اتجاها تصوريا وتدخليا لخطورة الاضطراب الحاد فى الشخصية، يتم تجريب وسائل تدخل عديدة ومختلفة بما فى ذلك وسائل التدخل السيكولوجى فى العلاج السلوكى الجدلى، والعلاج الذى يعتمد على المخطط schema، والعلاج التحليلى المعرفى، وبرنامج تقليص العنف وبرنامج السيكوباتية (كروميس Chromis). وترتكز كل وسيلة منها على فرضيات تستبعد

---

(٤) الألبرازولام alprazolam: عقار من مجموعة البنزوديازبين، والمعروف تجاريا باسم زنكس Xanax أو زولام Zolam.

الوسائل الأخرى. ربما، من غير المدهش فى ضوء التكامل، بدلا من الطبيعة التنافسية لهذه النماذج، حين تُجرَّب "رأسًا لرأس"، أن تكون النتيجة المعتادة "ربحت جميعا وكلها تستحق الجوائز" (أى إن مختلف وسائل التدخل تقدم اختلافات ضئيلة إذا قدمت أى اختلاف فى الكفاءة العلاجية). المحاولة العلاجية للمعهد القومى للصحة الذهنية للاكتئاب الجسيم major depression حالة فى صلب القضية (24). وهى محاولة وضعت العلاج المعرفى السلوكى (بتأكيده على النموذج المعرفى للاكتئاب) مقابل العلاج الشخصى interpersonal therapy (بتأكيده على أن العيوب الشخصية هى السبب) مقابل مضادات الاكتئاب (بتأكيدها على الخلل العصبى الكيميائى). ووجدت هذه المحاولة اختلافًا ضئيلا بين الوسائل الثلاث، رغم أن الدواء كان أكثر تأثيرًا حين كان الاختلال المزاجى أكثر حدة. ومع إن هذه الوسائل الثلاث للتدخل وضعت بوصفها نماذج بديلة ومتنافرة، فقد لا تكون الحالة كذلك. ربما قدمت ببساطة **مستويات مختلفة لتفسير** الظاهرة نفسها.

المستويات الثلاثة التالية البارزة مرتبطة بالعلاقة بين اضطراب الشخصية الحادة والعنف؛ وينبغى ملاحظة أن المستوى قد يختلف من أعلى إلى أسفل داخل كل مجال:

١- **العوامل المهيِّئة:** تاريخ لإساءة استخدام الكحول/المواد المخدرة، عوامل جينية، ومتغيرات الطفولة (اضطراب السلوك، الإساءة للطفل، إلخ) ربما يقال إنها أسباب بعيدة عالية المستوى ربما لا تكون ضرورية، أو كافية، لحدوث العنف فى مرحلة البلوغ. يُعتقَد أن الاضطراب السلوكى، على سبيل المثال، يهيئ الفرصة لأى اضطراب فى الشخصية (9)، ووجدت دراسة جونسون وآخرين (31) علاقات مهمة بين أعراض اضطراب الشخصية وأعمال العنف التى لم تعتمد على اضطراب السلوك. من المثير للشك إن كانت هذه العوامل المهيئة تحدد النتيجة الدقيقة، فيما يتعلق بمعدل العنف، بشكل مستقل عن النقطتين (٢) و(٣) التاليتين. ينبغى ضم سمات الشخصية تحت هذه الفئة من التأثيرات المهيئة. برهن نيستور Nestor (35) على أن معدل العنف يمكن أن يُفهَم فيما يتعلق بالأبعاد الأربعة الرئيسية للشخصية: ضبط الدوافع، وتنظيم الوجدان، والنرجسية، والتفكير الارتيابى.

٢- **المفجرات أو المرسبات الخارجية والداخلية:** أى الأحداث التى ترسب أى عمل عنيف. على سبيل المثال، فى الحالة الارتيابية، يمكن أن يكون المفجر أفعال شخص آخر أو مواقفه ("ينظر إلى نظرة ساخرة"). فى حالة اضطراب الشخصية النرجسية، ربما يكون المفجر تعليقا مهينا. المثال الذى قدمه كويد (13) للحالة الأخيرة هو: حين تدخلت أمه، أثناء محادثة تليفونية مع صديقته السابقة انتابته حالة شديدة من الغضب والغيرة، من تعليق مهين على شكله. مما فجّر تفاعل غيظ أدى إلى قتل عنيف للرفيق الجديد لصديقته القديمة.

٣- **متغيرات عضوية:** يمكن القول بأنها تتوسط العوامل والمرسبات المهيئة، وبالتالى تحدد الآليات السببية. وتشمل متغيرات عصبية نفسية، الحالة الوجدانية/ المعرفية، وهلم جرا. هذا المستوى العضوى للتفسير يشمل أكثر من مجرد متغيرات عصبية نفسية؛ يشمل أيضًا الآليات التوليدية التى يقال إنها، فى التقاليد الواقعية النقدية، تمنح الناس القدرة على العمل فى العالم وتشكيل نماذج له. يشير بلاكبرن (10) إلى أن هذه القوى السببية، الكامنة فى الشعور، تمنحنا "القدرة على التفسير والتفكير، وهى موجودة على الأرجح فى البنَى والعمليات المعرفية" (ص ١٤٧).

استخدام المتغيرات العالية بصورة مفرطة:

كما تضمن القسم السابق، يمكن التعبير عن النماذج السببية على عدد من المستويات، وهنا انتقد المشاركون استخدامها لنماذج عالية بصورة مفرطة. ومما يرتبط ارتباطا خاصا بهذا الفصل أن هاينز يستشهد باستخدام متغيرات الشخصية بهذا الصدد: "لعبت متغيرات الشخصية دورا بارزا فى العلوم السلوكية لكنها هشة بشكل خاص أمام النقد بسبب ارتفاع المستوى بشكل يخل بالوظيفة" ((29)، ص ٦٣). وتتمثل المشكلة هنا فى أن هذه المتغيرات الشخصية العالية تشمل كثيرا جدا من المتغيرات المنخفضة "التى تبقى واهية علميا وإكلينيكيا" (ص ٦٣). ينبغى أن تعتبر أبعاد الشخصية، التى سبق ذكرها، التى اقترحها نيستور (35) باعتبارها عوامل

خطورة للعنف، على سبيل المثال، مؤشرات لتفسيرات منخفضة المستوى فيما يتعلق بوظيفة الدماغ، على سبيل المثال تتوسط الدوائر العصبية فى مقدمة الفص الجبهى التنظيم الذاتى للوجدان. ثمة نقطة مماثلة يؤكد عليها بلاكبرن (10)، حيث يشير إلى أنه بالنسبة للواقعيين النقديين، لا يمثل تحديد الميول (سمات الشخصية) إلا الخطوة الأولى فى تحديد الآليات التوليدية التى تمنح الناس قواهم السببية.

ثمة مشكلة أخرى يحددها هاينز ترتبط بمناقشات اضطراب الشخصية والعنف، وهى أن المتغيرات العالية بصورة مفرطة تشجع أيضًا على أخطاء الاستنتاج والقياس. ومن ثم يكون استخدام متغير سببى عالى المستوى عرضة لاستخدام أداة التقييم الخطأ مع الناس الخطأ فى ظل الظروف الخطأ، ومن ثم يؤدى إلى الخطأ على الأرجح.

فرضية أحادية الاتجاه:

وهنا يتمثل النقد فى أن العلاقة الموضوعة بين المتغيرات فى النماذج السببية المحدودة تحدث فى اتجاه واحد فقط. فى علاقة ذات اتجاهين bi-directional لن يؤثر "أ" على "ب" فقط، لكن "ب" سيؤثر بدوره على "أ". لنتأمل، على سبيل المثال، رجلا ارتيابيا متشككا وعدوانيا تجاه جيرانه، أو تجاه المجموعة المسئولة عن تقديم الرعاية له، ومن ثم يمثل تهديدًا لهم. الواضح أن ارتياب الرجل له الأولوية، ومن المرجح أن الذين حوله سوف يحاولون، بدورهم، تجنب الاحتكاك به، وسوف يُفسَّر هذا الابتعاد باعتباره يدعم تفكيره الارتيابى. تتمثل مشكلة أحادية الاتجاه فى هذه الحالة فى أنها تحد من بؤرة التدخل وقوته بحيث قد يركز للمرء، فى هذه الحالة، أكثر على الشبكة الاجتماعية والعلاجية للفرد، بدلا من التركيز على الفرد نفسه. وقد أكد هير وزملاؤه (28) مؤخرا على احتمالية العلاقة ذات الاتجاهين بين اضطراب الشخصية والعنف فيما يتعلق بالسيكوباتية. يقولون للتأكيد على أن السلوك المضاد للعنف (بما فى ذلك العنف) قد يكون سببًا لانحراف الشخصية كما قد يكون نتيجة لها: "ما يدهشنا مدى البساطة التى لا تجعلنا نفترض أن النزعات المضادة للمجتمع مجرد نتائج للسمات

السيكوباتية الأخرى... ربما يلعب التعرض للأفعال المضادة للمجتمع، والانهماك فيها، دوراً فى تطور السمات السيكوباتية المتصلبة المناورة والاندفاعية، التى ربما تؤدى بدورها إلى المزيد من السلوك المضاد للمجتمع" (ص ٦٢، ٦٣).

الثبات المفترض أو النهائية في النموذج:

يتمثل القصور النهائى لهذه النماذج السببية الذى سنناقشه فى أنها تُقدَّم بوصفها تفسيرا "كافيا" أو "نهائيا" للسلوك الذى نحن بصدده. نتيجة لذلك، من الصعب (إن لم يكن من المستحيل) (أ) أن نحدد بدقة المسار، (ب) وأن نسمح بتأثير متغيرات سببية جديدة لم تكن موجودة أو لم تُكتشَف حين فُرِض النموذج. إن الذين يتبنون نموذجا سببيا محدودا من غير المحتمل أن يكونوا متفتحين لتنقيح البنية السببية، ومن المحتمل أكثر أن يتفاعلوا بشكل دفاعى حين تقدم لهم بيانات مشكِّكة ((29)، ص ٦٦).

إضافة إلى ما ذكرنا، ينبغى لنموذج غير محدود للعلاقة بين اضطراب الشخصية والعنف الاعتراف بـ (أ) طبيعتها **الشرطية**- العلاقة بين اضطراب الشخصية والعنف مقيدة بالضرورة بحدود أو شروط ضرورية، مثل الحالات الداخلية، والمراحل التطورية، والعوامل الزمنية، وهلم جرا؛ (ب) طبيعتها **الاحتمالية**- سيكون النموذج السببى لسلوك عنيف غير مكتمل دائمًا فى قدرته على التنبؤ بمن سوف يتصرف بعنف وبمن لن يتصرف بعنف؛ (ج) طبيعتها **الديناميكية**- من المحتمل أن التأثيرات السببية المتعددة والمتتابعة سوف تعمل فى فترات زمنية حرجة ومختلفة أثناء النمو لتحديد العلاقة بين اضطراب الشخصية والعنف؛ (د) ربما تكون المتغيرات السببية **قابلة للتعديل أو غير قابلة للتعديل**، بحيث تكون، من منظور إكلينيكى، تلك المرسبات والمهيئات المرتبطة بسلسلة اضطراب الشخصية والعنف، القابلة للتعديل، ذات ارتباط إكلينيكى أكبر. وربما لا تساعد الإكلينيكى، فى اتخاذ قرار علاجى، معرفةُ أن شخصًا ما لديه استعداد جينى لاضطراب الشخصية الحدية، لكن ربما يكون من المفيد تمامًا معرفة أن مريضًا يعانى من خلل وظيفى معين فى الدماغ، خلل قابل للعلاج ومرتبط بضعف التنظيم الذاتى للانفعال.

اعتبارات إكلينيكية وسياسية

قد يبدو من غير المنصف أن نحكم على فرضية اضطراب الشخصية الخطيرة والحادة بمصطلحات علمية خالصة حين تقودها إلى حد بعيد اعتبارات إكلينيكية وسياسية. وسوف نقوم بمراجعة هذا بإيجاز.

اعتبارات إكلينيكية:

حظيت الاعتبارات الخلقية فيما يتعلق باحتجاز الأفراد للعلاج ضد إرادتهم لحماية المجتمع بالاهتمام لفترة طويلة فى مجتمع بالصحة الذهنية (3). وبينما ساد التفاؤل بشأن الاحتجاز الوقائى للمصابين بالعلل الذهنية (إلى حد بعيد على أساس أن هؤلاء الأفراد يمكن علاجهم بالأدوية المضادة للذهان، التى يمكن أن تُفرَض عليهم رغم إرادتهم إذا تطلب الأمر)، لكنه اهتم أكثر بالمصابين باضطراب الشخصية ممن يُحجَزون وقائيا على أساس طلب موافقتهم الضمنية على العلاج إذا كان من الممكن أن يكون فعالا (4). وبمرور الزمن، امتدت هذه "الموافقة على العلاج" حتى اعتقد البعض أنها صارت مفرطة (23).

بالنسبة للمهتمين بهذا الأمر، لابد أن فرضيات اضطراب الشخصية الخطيرة والحادة تمثل تقدما حيث إنهم يضعون الذين يتم احتجازهم على أرضية علمية أكثر رسوخا بقدر ثبات المعايير فى البنى العلمية المقبولة. ويبقى تحديد إن كانت هذه التوقعات قد تحققت عمليا أم لا. ومما هو بالغ الأهمية، رغم ذلك، أن النتائج الإكلينيكية بالنسبة لمن يعملون فى هذه الخدمات، إذا وضعنا فى الاعتبار، على سبيل المثال، أن علة وجود raison d'être التدخل فى خدمات اضطراب الشخصية الخطيرة والحادة هى الآن، بجلاء، تقليص اقتراف جرائم العنف مرة أخرى. وإذا بدا الدليل على ارتباط بين خلل الشخصية والعنف ضعيفًا، فربما نتوقع أن يؤثر على توفير الخدمة الحالية وتقديمها.

اعتبارات سياسية:

نعتقد أنه سيكون خطأ مميتا أن نتجاهل اعتبارات البعد السياسى فى هذه المناقشة حيث إن للسياسيين، رغم كل شيء، تأثيراً رئيسيا فى تطوير هذه السياسة. من الواضح هنا أن "الاتفاقية الأوروبية لحقوق الإنسان" (وضعت فى المملكة المتحدة فى ١٩٩٨) لها تأثير بالضرورة. احتوى هذا التشريع الإصلاحى الليبرالى على عدة مواد لحماية حقوق الأفراد (بما فى ذلك حقوق المصابين باضطراب ذهنى). ترتبط، بشكل خاص، المواد الثالثة والخامسة والثامنة (مع شروحها) بالمحجوزين على غير إرادتهم بسبب إصابتهم باضطراب ذهنى. وقدمت هذه المواد حقوقا متنوعة للمواطنين بشرط عدم انتهاك المعايير الاجتماعية وألا يكونوا ممن يعانون من أشكال متنوعة من الاضطراب الذهنى. بينما يضع السياسيون قيودا لحماية حقوق مواطنيهم، يجدون أن لديهم قيداً أكبر لحماية مواطنيهم من الأذى بواسطة الجناة المضطربين ذهنيا الذين يحظون دائما باهتمام كبير منهم. ومن ثم قد لا يكون من قبيل الصدفة أن فرضية اضطراب الشخصية الخطيرة والحادة قُدِّمت فى الوقت الذى وقعت فيه الاتفاقية الأوروبية، مع اعتقاد السياسيين بأن هذا الغطاء من العلم ربما يقوى الحجز الوقائى ضد التحدى القانونى. لكننا نسعى فى هذا الفصل إلى جعل المعايير صريحة وسببية، وربما يكون لذلك تأثير عكس ما كان مستهدفا مما يؤدى إلى ظهور تحديات أقوى وذات اعتبارات قانونية أكبر.

الملخص والاستنتاجات

بإيجاز، توجد بوضوح صعوبات رئيسية فى تطبيق هذه المعايير السببية على مفهوم اضطراب الشخصية الخطيرة والحادة. والصعوبات الرئيسية على النحو التالى:

١ . تعريف حدة اضطراب الشخصية مثير للمشاكل. تعريفه من خلال مجموعة تامة من اضطرابات الشخصية ليس مقبولا، حيث إن كشفت الأبحاث الحديثة أنه بينما

ترتبط بعض اضطرابات الشخصية ، بالتحديد المضادة للمجتمع والارتيابية والحدية والنرجسية والهستيرية، بالانتهاكات الإجرامية، بما فى ذلك العنف، فإن هناك اضطرابات أخرى، وبشكل خاص الوسواسية القهرية، ترتبط عكسيا بالسلوك المضاد للمجتمع (30). ومن ثم يحتاج تعريف "اضطراب الشخصية الحادة" إلى أن دقة أكثر بكثير.

٢ . اقتراح وجود ارتباط **سببى** بدلا من مجرد ارتباط بين اضطراب الشخصية ومعدل العنف إشكالى، حيث إن شروط تأكيد السببية، كما حاولنا أن نوضح فى هذا الفصل، لم يتم الوفاء بها. بشكل خاص، بينما تظهر بعض اضطرابات الشخصية تغيرا مشتركا مع معدل العنف، فإنه ليس كافيا لاستنتاج علاقة ارتباط سببى بينهما. الأسبقية الزمنية المطلوبة للسبب المفترض (اضطراب الشخصية) على التأثير (العنف، أو خطره) ليست مؤكَّدة بوضوح. ربما الأكثر أهمية أنه لم يتم استبعاد احتمال أن متغيرا ثالثًا ربما يفسر العلاقة. وأخيراً، هناك حاجة لتأكيد الارتباط المنطقى بين اضطراب الشخصية والعنف– ارتباط يتحاشى دائرية التعبيرات، مثل: "يتصرف المضادون للمجتمع بعنف"– بما فى ذلك تحديد الآليات السببية المحتملة لطرح السؤال: "كيف يسبب اضطراب الشخصية العنف؟"

٣ . التزامن المرتفع جدا للإصابة بالعلل، داخل اضطرابات المحور الثانى وبين اضطرابات المحور الأول والمحور الثانى، يعكر مياه السببية. إلا أن ما أشار إليه تايرر Tyrerوآخرون ((39)، ص ٥٤) بدقة بتعبير "مستنقع تزامن العلل morass of comor-bidity" الذى يوجد فيه بشكل يقبل الجدل مفتاح نشأة نموذج سببى شامل للعلاقة بين اضطراب الشخصية والعنف.

يمكن أن نستنتج أنه بينما الطبيعة المزاجية للشخصية تجعلها جذابة بوصفها متغيراً سببيا محتملا يؤدى إلى سلوك عنيف تالٍ، فمن الواضح أن فرضية اضطراب الشخصية الخطيرة والحادة شديدة التبسيط. ومثل الأنواع الأخرى من السلوكيات المعقدة، يحتمل أن يكون للسلوك الإجرامى العنيف محددات متعددة، ويفسر اضطراب

الشخصية نسبة ضئيلة من الاختلاف. بالإضافة إلى ذلك يجب أن تمتد الاحتياجات المتغيرة التابعة لتشمل ليس فقط حدوث السلوك العنيف ولكن قدْره ومدته، حيث إن العوامل السببية المتورطة قد تتغير اعتماداً على ما المتوقع (29). ويوحى هذا كله بأن من الخطورة افتراض أسباب مفردة لظواهر معقدة، مهما يكن الإغراء، حيث يحتمل أن تختلف الأسباب عبر الأفراد والمواقف.

كل ما سبق يطرح السؤال لماذا يستمر استخدام النماذج السببية المحدودة رغم وجود الكثير من الأدلة النظرية ضدها؟ هنا الإجابة واضحة: النماذج السببية المحدودة مفيدة من الناحية التوجيهية فى تحديد متغير واحد (أو على الأكثر عدد ضئيل جدا من المتغيرات) يمكن استهدافه فى أى تدخل. وبالتالى تزداد صعوبة التدخل الفعال بأسلوب عملى، ومتغيرات أكثر تتجسد فى أى تفسير. ومن ثم، ينبغى أن تكون هناك مقايضة بين التعقيد والشح فى أى تفسير سببى للعلاقة بين اضطراب الشخصية والعنف. من المحتمل أن يكون التفسير المعقد دقيقاً، لكن منفعته العملية ضئيلة، بينما التفسير الشحيح يشجع عمليات التدخل التى يمكن اختبار فعاليتها، لكنه قد يكون مضللا بشكل خطير حين يطبق على الناس ككل. تتمثل الخدعة هنا فى ضرب التوازن الحقيقى بين الدقة والمنفعة.

المراجع

1. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn, APA, Washington DC.

2. American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn, text revision, APA, Washington DC.

3. Appelbaum, P.S (1988) The new preventive detention: Psychiatry's problematic responsibility for the control of violence: American Journal of Psychiatry, 145, 779-85.

4. Baker, E. and Crichton, J. (1995) Ex parte A: Psychopathy, treatability and law. Journal of Forensic Psychiatry, 6, 101-9.

5. Bakken, K., Landheim, A.S. and Vaglum, P. (2004) Early and late onset groups of substance misusers: Differences in primary and secondary psychiatric disorders. Journal of Substance Use, 9, 224-34.

6. Barnett, P.A. and Gotlib, I.H. (1988) Psychological functioning and depression: Distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. Psychological Bulletin, 104, 97-126.

7. Beck, J. and Wencel, H. (1998) Violent crime and Axis I psychopathology, in Psychopathology and Violent Crime (ed. A.E. Skodol), American Psychiatric Association, Washington DC, pp. 1-13.

8. Becker, D.F., Grilo, C.M., Edell, W.S. and McGlashan, T.H. (2000) Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in hospitalized adolescents and adults. American Journal of Psychiatry, 157, 2011-16.

9. Bernstein, D.P., Cohen, P., Skodol, A. et al. (1996) Childhood antecedents of adolescent personality disorders. American Journal of Psychiatry, 153, 907-13.

10. Blackburn, R. (2007) Personality disorder and antisocial deviance: comments on the debate on the structure of the Psychopathy Checklist-Revised. Journal of Personality Disorders, 21, 142-59.

11. Cliff, N. (1983) Some cautions concerning the application of causal modelling. Multivariate Behavioural Research, 18, 115-26.

12. Cohen, P., Crawford, T.N., Johnson, J.G. and Kasen, S. (2005) The children in the community study developmental course of personality disorder. Journal of Personality Disorders, 19, 466-86.

13. Coid, J. (1992) DSM-III in criminal psychopathy: a way forward. Criminal Behaviour and Mental Health, 2, 78-94.

14. Coid, J. (1998) Axis 2 disorders and motivation for serious criminal behaviour, in Psychopathology and Violent Crime (ed. A.E. Skodol) American Psychiatric Association, Washington DC, pp. 53-96.

15. Coid, J., Yang, M., Roberts, A. et al. (2006a) Violence and psychiatric morbidity in a national household population: a report from the British Household Survey. American Journal of Epidemiology, 164, 1199-1208.

16. Coid, J., Yang, M., Roberts, A. et al. (2006b) Violence and psychiatric morbidity in a national household population of Britain: public health implications. British Journal of Psychiatry, 189, 12-9.

17. Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., et al. (2006c) Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain, British Journal of Psychiatry, 188, 423-31.

18. Coid, J., Yang, M., Ullrich, S. et al. (2007) Predicting Understanding Risk of Re-Offending: The Prisoner Cohort Study, Ministry of Justice, London.

19. Department of Health/Home Office (1999) Managing Dangerous People with Severe Personality Disorder: Proposal for Policy Development, Department of Health, London.

20. Department of Health/Home Office (2000) Reforming the Mental Health Act Part II: High Risk Patients, The Stationary Office Norwich.

21. Dolan, B., Evans, C. and Norton, K. (1995) Multiple axis-II diagnoses of personality disorder. British Journal of Psychiatry, 166, 107-12.

22. DSPD Programme (2004) Dangerous and Severe Personality Disorder (DSPD) High Secure Services. Planning & Delivery Guide, Department of Health and Home Office, HM Prison Service, May.

23. Duggan, C. (2007) To treat or not to treat: should the treatability criterion for those with psychopathic disorder be abandoned? in Treatment Without Consent: An Investigation of the Working of the Mental Health Act (eds I. Todd and H. Middleton), Ashgate, Alldershot, UK, pp. 91-104.

24. Elkin, I., Shea, M.T., Watkins, J.T. et al. (1989) National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: general effectiveness of treatments. Archives of General Psychiatry, 46, 971-82.

25. Gretton, H.M., Hare, R.D. and Catchpole, R.E.H. (2004) Psychopathy and offending from adolescence to adulthood: a 10-year follow-up. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72, 636-45.

26. Hare, R.D. (1991) The Hare Psychopathology Checklist- Revised, Multi-Health Systems. North Tonawanda, NY.

27. Hare, R.D. (2003) The Hare Psychopathology Checklist- Revised, 2nd edn, Multi-Health Systems. North Tonawanda, NY.

28. Hare, R.D. and Neumann, C.S. (2005) Structured models of psychopathy. Current Psychiatry Reports, 7, 57-64.

29. Haynes, S.N. (1992) Models of Causality in Psychopathology. Macmillan, New York.

30. Howard, R.C., Huband, N., Mannion, A. and Duggan, C. (2008) Exploring the link between personality disorder and criminality in community sample. Journal of Personality Disorders, 22, 589-603.

31. Johnson, J.G., Cohen, P., Smailes, E. et al. (2000) Adolescent personality disorders associated with violence and criminal behaviour during adolescence and early adulthood. American Journal of Psychiatry, 157, 1406-12.

32. Klosko, J.S., Barlow, D.H., Tassinari, R. and Cenry, J.A. (1990) A comparison of alprazolam and behavior therapy in treatment of panic disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 77-84.

33. Kosson, D.S., Lorenz, A.R. and Newman, J.P. (2006) Effects of comorbid psychopathy on criminal offending and emotion processing in male offenders with antisocial personality disorder. Journal of Abnormal Psychology, 115, 798-806.

34. Moffitt, T.E., Caspi, A., Rutter, M. and Silva, P.A. (2001) Sex Offenders in Antisocial Behaviour: Conduct Disorder, Delinquency, and Violence in the Dunedin Longitudinal Study, Cambridge University Press, Cambridge.

35. Nestor, P.G. (2002) Mental disorder and violence: Personality dimensions and clinical features, American Journal of Psychiatry, 159, 1973-78.

36. Nurnberg, H.G., Raskin, M., Levine, P.E. et al., (1991) The comorbidity of borderline personality disorder and other DSM-III-R axis II personality disorders. American Journal of Psychiatry, 148, 1371-7.

37. Peterson, C. and Seligman, M.E.P. (1984) Causal explanation as a risk factor for depression: Theory & evidence. Psychological Review, 91, 347-74.

38. Thatcher, D.L., Cornelius, J.R. and Clark, D.B. (2005) Adolescent alcohol use disorders predict adult personality disorder. Addictive Behaviors, 30, 1709-24.

39. Tyrer, P., Coombs, N., Ibrahimi, F. et al. (2007) Critical developments in the assessment of personality disorder. British Journal of Psychiatry, 190 (suppl. 49), s51-59.

40. Vitacco, M.J., Neumann, C.S. and Jackson, R.L. (2005) Testing a four-factor model of psychopathy and its association with ethnicity, gender, intelligence, and violence. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73, 466-76.

41. Watson, D.C. and Sinha, B.K. (1998) Comorbidity of DSM-IV personality disorders in nonclinical sample. Journal of Clinical Psychology, 54, 773-80.

42. Watzke, S., Ullrich, S. and Marneros, A. (2006) Gender- and violence-related prevalence of mental disorders in prisoners. European Archives of Psychiatry and clinical Neuroscience, 256, 414-21.

43. World Health Organisation (1992) 10th Revision of the International Classification of Diseases (ICD-10), WHO, Geneva.

44. Zimmerman, M., Rothschild, L. and Chelminski, I. (2005) The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. American Journal of Psychiatry, 162, 1911-8.

الجزء الأول

السمات

الفصل الثالث

مراجعة منظمة للعلاقة بين اندفاع الطفولة والعنف التالى

داريك يوليف

جامعة ليسيستر، المملكة المتحدة

دافيد بي فرنجتون

جامعة كمبريدج، المملكة المتحدة

الاندفاع واحد من مصطلحات كثيرة فى الأدبيات تشير إلى نقص عام فى قدرة المرء على التحكم فى سلوكه. تشمل المصطلحات الأخرى المماثلة انخفاض التحكم الذاتى، والنشاط المفرط، وعدم الانتباه، وضعف القدرة على تأجيل الإشباع، والمخاطرة، البحث عن اللذة الحسية، وعدم الاهتمام بالنتائج قبل الفعل. وهناك اختلافات فى التعريفات الخاصة للكثير من هذه المصطلحات، لكن يمكن القول إن هناك علاقة محددة بين هذه المتغيرات ونتائج سيئة فى الحياة مثل التدخين (3)، والمقامرة (4)، وتناول الكحول (1) وارتكاب الجريمة (39).

ربما يساهم الاندفاع الشديد فى احتمال زيادة ارتكاب الجريمة بشكل مباشر أو غير مباشر. بشكل مباشر، قد يكون للاندفاع تأثير أساسى على الطريقة التى قد يتصرف بها فرد فى موقف معين. ومع توفر قدر أقل من الوقت والطاقة المعرفية لتأمل

الاستجابات المحتملة، قد يختار فرد مندفع، إجمالا، الاختيار الذى يقدم أكبر منفعة يمكن إدراكها مباشرة. وتناول كثير من الباحثين والمنظرين بالتفصيل كيف تميل المخالفات الإجرامية لإشباع الاحتياجات الملحة مقابل المخاطر اللاحقة، النتائج غير المؤكدة والافتراضية أحيانا (على سبيل المثال، (14)؛ (15)).

ويشمل التصور المباشر للاندفاع هيكل النظريتين الأكثر تأثيراً فى علم الإجرام. وضع ويلسون Wilson وهرنستاين Herrnstein (40) نظرية فى علم الإجرام تأسست على فرضية أن الأفراد يختلفون فى ميولهم الإجرامية الأساسية، وأن اختيار شخص ارتكاب جريمة فى موقف يعتمد على إن كانت الفوائد الملموسة تعتبر مساوية للتكلفة الملموسة. ورأى ويلسون وهرنستاين (40) أن الذين يتسمون بدرجة عالية من الاندفاع يكون احتمال ارتكابهم للجريمة أعلى لأن حساباتهم لتكلفة المخالفة وفوائدها ينحرف نتيجة رغبتهم فى التعزيز المباشر. يعطى الفرد المندفع أعلى قيمة للجريمة التى تقدم مكافآت فورية (على سبيل المثال، الكسب المادى، استحسان الرفاق، إلخ)، ويتأثر بشكل أقل بالتكلفة المحتملة للجريمة (على سبيل المثال، احتمال القبض عليه، وضياع السمعة أو الوظيفة، إلخ).

النظرية العامة للجريمة التى وضعها جوتفردسن Gottfredson وهيرشى Hirschi (15) مماثلة لنظرية ويلسون وهرنستاين فى الأهمية حيث ترتكز على الاندفاع بوصفه خاصية تفسيرية أساسية. ودعاه جوتفردسن وهيرشى (15) "انخفاض التحكم الذاتى"، وهو تعبير يشير إلى مدى تعرض الأفراد لإغراءات اللحظة. من يتسمون بانخفاض التحكم الذاتى اندفاعيون ومجازفون، ويتمتعون بمهارات معرفية وأكاديمية منخفضة، وأنانيون، وقدرتهم ضعيفة على المشاركة الوجدانية، وآفاقهم الزمنية قصيرة. ومن الصعب أن يؤجلوا الإشباع، وتأثر قراراتهم بارتكاب الجريمة بالنتائج المستقبلية المؤلمة المحتملة لارتكاب الجريمة غير كاف.

ورأى باحثون آخرون أن الاندفاع الشديد قد يساهم أيضًا فى زيادة احتمال ارتكاب الجريمة بشكل غير مباشر بالتفاعل بين البيئة والشخص (على سبيل المثال،

(30)). قد يبرهن طفل اندفاعى، على سبيل المثال، على أن تحدى حتى أكثر الآباء التزاما بما يمليه الضمير، يكشف بمرور الوقت عن تنشئة سيئة، تمثل فى ذاتها عامل خطورة أكيد لارتكاب الجريمة فيما بعد (14). وبشكل مماثل، قد يؤدى الاندفاع إلى ارتكاب الجريمة بتقليل احتمال النجاح فى المدرسة. يتم التعليم الرسمى عادة فى بيئة مقيدة قد يتبين أنها بالغة الصعوبة بالنسبة للاندفاعيين. والأطفال الذين ينخفض إنجازهم المدرسى يرتفع احتمال تسربهم من المدارس مع زيادة احتمال أن يسوء وضعهم الاجتماعى والاقتصادى. بانخفاض فرصة النجاح بطرق تقليدية، قد يكون هؤلاء الأفراد أكثر عرضة للتحول إلى الطرق المضادة للمجتمع أو الإجرامية للحصول على مكاسب.

ومن ثم سواء بالتأثير المباشر على الطريقة التى يتخذ بها الأفراد القرارات فى فرص إجرامية، أو بالتأثير غير المباشر على تفاعلاتهم مع أفراد مهمين أو مؤسسات مهمة (أو بالطريقتين متزامنتين)، يمكن للاندفاع أن يؤدى إلى زيادة احتمال ارتكاب الجريمة.

مراجعات سابقة للعلاقة بين الاندفاع وارتكاب الجريمة

كانت هناك مراجعات سابقة للعلاقة الإمبريقية بين مقاييس الاندفاع وارتكاب الجريمة. قام برات Pratt وكولن Cullen (33) بمراجعة وتحليل جمعى لاختبار إمبريقى للعلاقة بين ضعف ضبط النفس self-control والجريمة. بالنسبة لمراجعتهما، تم تفعيل ضعف ضبط النفس باستخدام التعريف الذى قدمه جوتفردسن وهيرشى (15) فى دراستهما المؤثرة "نظرية عامة فى الجريمة"؛ أى إنه شخص "اندفاعى، متبلد، يستخدم جسده بدلا من عقله، مجازف، قصير النظر، لا يعرف لغة التفاهم" (ص٩٠). حلل برات وكولن (33) نتائج ٢١ دراسة إمبريقية ووجدا أن ضعف ضبط النفس مؤشر قوى لارتكاب الجريمة (متوسط حجم التأثير (*d*) من ٠.٤٧ إلى ٠.٥٨).

تم افتراض عدد من مناهج تفسير قدْر الأحجام المؤثرة (24). ثمة اتفاق يستخدم على نطاق واسع افترضه كوهن Cohen (5)، يعتبر حجم التأثير حول ٠.٢٠ صغيراً، بينما يعتبر حجم تأثير حول ٠.٥٠ متوسطاً، ويعتبر حجم تأثير أكبر من ٠.٨٠ كبيراً. لكنه يبدو اتفاقًا محافظا جدا. يمكن تقديم الطريقة الأكثر دلالة لتفسير حجم تأثير بتحويل النتائج إلى اختلافات فى النسب بين الاندفاعيين العنيفين وغير العنيفين. أولا، يتم تحويل المتوسط المعيارى لحجم التأثير (d) إلى معامل ارتباط فاى r.[١] وهذا يجعل قيمة r نصف قيمة d تقريبا، وتساوى قيمة r هذه أو فاى، بدورها، الفرق فى النسب بين المجموعتين (12). وهكذا فإن d بقيمة ٠.٤٧ عند برات Pratt وكولن Cullen (33) تناظر تقريبا ٧٣٪ من الجناة الذين يتسمون بضعف القدرة على التحكم فى الذات مقارنة بـ ٥٠٪ من الجناة (الاختلاف بين النسبتين = ٠.٢٣).

أُطلِق على أكثر الأوجه ارتباطا بضبط النفس فى هذه المراجعة اسم ضبط النفس الموقفى attitudinal، وقيس غالبا بمقياس جراسمك لضبط النفس Grasmick self-control scale (16)، الذى يفعِّل ضبط النفس من منظور جوتفردسن وهيرشى (15).[٢] وتتمثل أوجه قصور هذا المقياس فى أنه لا يفصل النشاط المفرط والاندفاع وعدم الانتباه، ويستحيل فصل هذه الخصائص التى يتسم بها الاندفاع عن مفاهيم أخرى تتضمن هذا التعريف لضبط النفس (على سبيل المثال، الافتقار إلى القدرة على التعاطف sympathy).

ثمة مراجعة أخرى قام بها برات وآخرون (34) فحصت علاقة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (ADHD) بالجريمة والجنوح. تم تحديد المتغيرات المرتبطة باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط فى ٢٠ دراسة تجريبية، وتم حساب متوسط

---

(١) $d = ٢ r /$ جذر $١ - r^2$ (24، ص ١٩٩) (المؤلفان). معامل ارتباط فاى phi correlation مؤشر لعلاقة بين مجموعتين من النتائج يمكن تمثيلهما على أبعاد ثنائية منظمة.

(٢) التفعيل operationalisation: عملية تحويل المفاهيم المجردة إلى كميات يمكن ملاحظتها وقياسها (المترجم).

أحجام التأثير. بالنسبة للقياس الكلى لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، وجد أن متوسط حجم التأثير d = ٠,٣١ (٩٥٪ فترة الثقة CI ٠,٢٧ ,٠-٠,٣٦) بشكل مفيد، قسّم برات وآخرون (34) بنية اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط إلى أربعة أقسام (نقص الانتباه باستبعاد فرط النشاط، نقص الانتباه زائد فرط النشاط، فرط النشاط، وقسم إضافى لاتحاد اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، أو مفاهيم دالة مثل مشاكل الانتباه أو المشاكل الانفعالية أو السلوكية التى يُستشهَد بها غالبا باعتبارها ممثلة لنقص الانتباه أو لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط) وفحصوا علاقاتها بالجريمة والجنوح. يمكن رؤية متوسط أحجام التأثير للأقسام المختلفة فى الجدول ٣، ١ . لقسم نقص الانتباه باستبعاد فرط النشاط أقوى علاقة بالجريمة والجنوح، ولقسم اتحاد اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط/ ومجموعة المفاهيم الدالة أضعف علاقة، لكن لم يكن هناك قسم مختلف بشكل دال[٣]. استنتج برات وآخرون (34) أن اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بأشكاله المختلفة له تأثير عام على الجريمة والجنوح.

الجدول٣، ١ العلاقة بين مقاييس اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط ADHD واقتراف الجريمة

	متوسط التأثير	أقل	أعلى
مقاييس ADHD	الحجم (d)	فترة ثقة CI	فترة ثقة CI
نقص الانتباه (باستبعاد فرط النشاط)	٠,٥٣	٠,٢٤	٠,٨٤
نقص الانتباه (بما فيها فرط الحركة)	٠,١٦	٠,٠٦	٠,٢٦
فرط الحركة	٠,٢٩	٠,١٢	٠,٤٦
اتحاد ADHD/ مفاهيم دالة	٠,١٦	٠,٠٦ -	٠,٣٩

(٣) يمكن تفسير ذلك عموما بتداخل فترات الثقة confidence intervals (CI) (المؤلفان).

ثمة وجه قصور أساسى فى هذه المراجعات يتمثل فى عدم إمكانية تحديد الترتيب السببى، لأنها شملت دراسات تم تقييم البنية الأساسية فيها (ضبط النفس/ اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط) بأثر رجعى. أى أن ضبط النفس أو اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، ربما يساهم فى احتمال زيادة ارتكاب الجريمة، لكن من المحتمل أيضًا أن النشاط الجانح قد يسبب نقصًا فى ضبط النفس عند الناس أو يجعلهم أكثر اندفاعا أو إفراطًا فى الحركة. ولا يمكن التأكد من الشكل الدقيق للترتيب السببى إلا فى دراسات طولية استطلاعية حيث يقاس الاندفاع قبل ارتكاب الجريمة.

ثمة وجه آخر من أوجه القصور فى هذه المراجعات من وجهة نظر هذا المجلد يتمثل فى أنها لم تسمح بفحص العلاقة بين الاندفاع والعنف (بشكل خاص). العنف منطقة مهمة للبحث، حيث تعتبر جريمة العنف عمومًا أكثر خطورة من الأشكال الأخرى من السلوك الإجرامى، بسبب الأذى الذى يلحق بالضحية وأيضًا التكلفة الأكبر التى تقع على عاتق المجتمع (7). يشمل الجناة العنيفون نسبة صغيرة نسبيا من مجمل عدد الجناة، لكن البحث وجد أن هذه المجموعة تقترف كمية غير متناسبة من الجريمة العنيفة وغير العنيفة (على سبيل المثال، (41)) بطرق كثيرة، وأن الجناة العنيفين متماثلون مع الجناة المعتادين (9). يقترف جزء صغير من الناس جزءًا كبيراً من الجرائم العنيفة. على سبيل المثال، فى دراستين طوليتين استطلاعيتين فى الولايات المتحدة، اقترف ١٤-١٥٪ من العينة ٧٥-٨٢٪ من المخالفات العنيفة (36). ومن ثم، إذا وجد أن الاندفاع (مقيسا بشكل استطلاعى) له علاقة بالعنف، فقد يوحى ذلك بطرق للتدخل يمكن أن تكون لها قدرة ليس فقط على تقليل اقتراف الجرائم العنيفة بل أيضًا تقليل عدد كبير من الجرائم الأخرى غير العنيفة.

فى دراسة كبيرة تفحص عددًا كبيرًا من مؤشرات العنف عند الشباب، راجع هوكنز Hawkins وآخرون (17) العلاقة بين مقاييس الاندفاع والعنف التالى. ومن المهم أن كل الدراسات التى تضمنتها مراجعتهم كانت دراسات طولية. وقلّص هذا عدد الدراسات التى تستحق التضمين إلى ست. للمساعدة على تفسير النتائج، فصل

المؤلفون أيضًا البنية الاندفاعية إلى فئات مهمة. وتضمنت فرط النشاط/ ضعف الانتباه، ومشاكل التركيز، والتململ والمخاطرة. وهذه الدراسة هى الأكثر ارتباطا بهذا المجلد.

وأوضحت النتائج أن أعلى متوسط للتأثير كان من نصيب العلاقة بين المجازفة والعنف (d =٠,٥٠)، يليها التوتر (d = ٠,٤٠)، ومشاكل التركيز (d = ٠,٣٤)، وكانت علاقة فرط النشاط/ ضعف الانتباه بالعنف هى الأضعف (d = ٠,٢٦) واستنتج هوكنز وآخرون ((17)، ص ١١٢) أنه "بصرف النظر عن الطرق المستخدمة فى القياس، يبدو أن هناك علاقة متينة بين فرط النشاط والسلوك العنيف فيما بعد".

الفحص الحالي

هدف هذه الدراسة تحديث النتائج التى توصل إليها هوكنز وآخرون (17) وتطويرها مع تضييق إضافى لقصر بحثنا على النتائج التى تم التوصل إليها من دراسات طولية استطلاعية لعينات مجتمعية من الأفراد[٤]. وسوف يقدم هذا أفضل تقييم ممكن للعلاقة بين الاندفاع المبكر والعنف التالى، وينبغى أيضًا أن تكون قابلة للتعميم على السكان عموما. بُذِلتْ أيضًا جهود لتنظيم العوامل التى ربما تؤثر على العلاقة بين الاندفاع والعنف. على سبيل المثال، فى أى عمر تم قياس الاندفاع، وهل تم قياس العنف بتقارير ذاتية أم بسجلات رسمية.

أهداف الدراسة:

١ . وصف الدليل (وتحديد كميته قدر المستطاع) حتى الآن فى العلاقة بين المقاييس المبكرة للاندفاع والعنف التالى فقط باستخدام دراسات طولية استطلاعية كبيرة (عدة مئات) من عينات اجتماعية.

(٤) كانت ثلاث دراسات ضمن مراجعة هوكنز وهرنكول وفرنجتون (17) مؤسسة على عينات لأفراد من ذوى النشاط المفرط مقارنة بحالة ضابطة (المؤلفان).

٢ . وصف الوسائط والمعدِّلات المحتملة للعلاقات (وتحديد كميتها قدر المستطاع) المحددة فى النقطة ١ أعلاه. على سبيل المثال، ربما تتأثر النتائج بنوع الاندفاع المقيس (على سبيل المثال، التوتر الحركى مقابل صعوبات التركيز)، طريقة قياس الاندفاع (المدرس مقابل التقرير الذاتى) أو طول الوقت بين تقييم الاندفاع وتقييم العنف.

معايير الإدراج:

كانت استراتيجيتنا أن نحدد ونحلل نتائج الدراسات الرفيعة. ونذكر فيما يلى المعايير التى استخدمت لإدراج دراسة فى المراجعة الحالية:

١- يجب أن تكون البيانات مستمدة من دراسة طولية استطلاعية لعيِّنة مجتمعية من عدة مئات على الأقل، وتشتمل على الأقل على مقابلتين شخصيتين.

٢- فى الدراسة الطولية الاستطلاعية، يجب أن يكون هناك قياس للاندفاع (معرف على نطاق واسع) يسبق زمنيا قياس العنف.

٣- لتقييم تأثير الاندفاع على العنف التالى، يجب قياس الاندفاع فى الطفولة أو بداية المراهقة (أى قبل سن الرابعة عشرة).

٤- يجب وجود قياس كمى للعنف (سجلات رسمية أو تقارير ذاتية)، ويجب تقديم هذا القياس بطريقة تسمح بقياس حجم تأثير الاندفاع المبكر على العنف التالى.

وشملت عمليات قياس الاندفاع الوالدين والمدرس والتقارير الذاتية للسلوك الاندفاعى (على سبيل المثال، الفشل فى إتمام الغايات، عدم التركيز، التململ، إلخ). كانت مقاييس الشخصية المصممة لقياس الاندفاع مهمة أيضًا للإدراج (مقياس الاندفاع لأزينك Eysenck Impulsivity Scale؛ (8))؛ لكن لم يتم إدراج الغايات الحركية النفسية مثل اختبار تتبع المسار (35) وغايات

الإدراك.[٥] وتم اتخاذ هذه القرار لأن هذه المقاييس لم تظهر علاقة متينة بالجنوح، وتبين أنها تتداخل إلى حد ما مع مقاييس الذكاء (على سبيل المثال، (39)).

استراتيجية البحث:

نتيجة للطبيعية الحصرية لهذه المراجعة، لم تكن استراتيجية البحث عن الدراسات الاستراتيجية المعتادة فى مراجعة منظمة عادية (13). ركز البحث على ٣٠ دراسة طولية مجتمعية استطلاعية بمقابلات شخصية عُرِف أنها تضمنت قياسا للعنف (انظر (10)؛ (14)). مقالات ألَّفها المساهم الأساسى فى الدراسة والباحثون المساهمون فى الدراسات الطولية التى تم بحثها. كان المساهمون الأساسيون والباحثون المرافقون على اتصال من خلال البريد الإلكترونى وعرضوا المساعدة فى لفت انتباهنا للاستشهادات المناسبة فى الأدبيات أو بتوفير البيانات.

من الدراسات الثلاثين المحددة، تم استبعاد ٢٤ (انظر الجدول ٣، ٢). استبعدت خمس عشرة منها لأننا لم نستطع تحديد مقياس لاندفاع الطفولة أو فى بداية المراهقة. بالنسبة لست دراسات أخرى، كان هناك مؤشر ما إلى أن الاندفاع تم تقييمه، لكن لم يكن من الممكن العثور على نتائج تربطه بالعنف التالى[٦]. وبالنسبة لثلاث دراسات، علمنا من المشارك الرئيسى أو الباحث المساعد أن المعلومات التى نريدها، رغم توفرها عموما، ليست فى صورة تسمح باستخدامها عمليا.

ست دراسات فقط قدمت بيانات مناسبة، وهى دراسة كمبريدج فى النمو الجانح (11)، والدراسة الطولية لولاية نيويورك (20)، ودراسة بتسبرج للشباب (25) ودراسة

---

(٥) اختبار تتبع المسار Trail Making Test: اختبار للانتباه البصرى، يتطلب توصيل ٢٥ نقطة متتابعة على ورقة أو شاشة كمبيوتر.

(٦) استبعدت دراسة كواى Kauai الطولية الشهيرة، والدراسة متعددة الطرق عن الاندفاع لوايت وآخرين (39)، لأنهما ربطت الاندفاع بالجنوح التالى الخطير، وليس بالعنف بشكل خاص (المؤلفان).

سياتل للتنمية الاجتماعية (19)، ومشروع أوريبرو فى السويد (1)، ودراسة دندين متعددة المجالات للصحة والنمو فى نيوزيلندا (32).

الجدول ٣، ٢ الدراسات المستبعدة:[٧]

المساهمون الرئيسيون	اسم الدراسة	أسباب الاستبعاد
Bor, Najman	Mater University Study of Pregnancy	لا يمكن تحديد مقاييس للاندفاع مرتبطة بعنف تال.
Benno, Piquero, Buk	National Collaborative Perinatal Project	لا يمكن تحديد مقاييس للاندفاع
Elliott, Huizinga	National Youth Survey	لا يمكن تحديد مقاييس للاندفاع
Eron, Huesmann, Dub-ow	Columbia Country Study	لا يمكن تحديد مقاييس للاندفاع
Fergusson, Horwood	Chistchurch Health and Development Study	لا يمكن تحديد مقاييس للاندفاع مرتبطة بعنف تال
Huizinga, Esbensen	Denver Youth Study	علمنا من المساهم الرئيسى أن المعلومات غير متوفرة حاليا
Janson, Wikstrom	Stockholm Project Met-ropolitan	لا يمكن تحديد مقاييس للاندفاع
Kellam, Ensminger, McCord	Woodlawn Project	لا يمكن تحديد مقاييس للاندفاع
Kolvin, Miller	Newcastle Thousand Is-land Study	لا يمكن تحديد مقاييس للاندفاع

(٧) للاطلاع على مراجع هذه الدراسات، انظر فرنجتون وويلش (14).

لا يمكن تحديد مقاييس للاندفاع	Glueck Longitudinal Study	Laub, Sampson
علمنا من المساهم الرئيسي أن المعلومات غير متوفرة حاليا	Montreal Two-Samples Longitudinal Study	LeBlanc
تم تقييم الاندفاع فقط ضمن عينة مختارة وتقييم الاندفاع بأثر رجعي	Danish Birth Cohort Studies	Mednick, Moffitt, Brennan, Hodgins
لا يمكن تحديد مقاييس للاندفاع	Cambridge-Somerville Youth Study	McCord
لا يمكن تحديد مقاييس للاندفاع مرتبطة بعنف تال	Oregon Youth Study	Patterson, Dishion, Capaldi
لا يمكن تحديد مقاييس للاندفاع مرتبطة بعنف تال	Jyvaskyla Longitudinal Study of Personality and Social Develoment	Pulkkinen
لا يمكن تحديد مقاييس للاندفاع	Mauritius Joint Child Health Project	Raine, Venables Mednick
لا يمكن تحديد مقاييس للاندفاع	Northern Finland Birth Cohort Study	Rasanen
علمنا من المساهم الرئيسي أن المعلومات غير متوفرة حاليا	Rochester Youth Development Study	Thornberry, Lizotte, Krohn
لا يمكن تحديد مقاييس للاندفاع	Chicago Youth Development Study	Tolan, Gorman-Smith, Henry
لا يمكن تحديد مقاييس للاندفاع مرتبطة بعنف تال	Montreal Longitudinal Experimental Study	Tremblay

Wadsworth, Douglas	National Survey of Health and Development	لا يمكن تحديد مقاييس للاندفاع
Werner, Smith	Kauai Longitudinal Study	لا يمكن تحديد مقاييس للاندفاع مرتبطة بعنف تال
Wolf, Hogh	Copenhagen Project Metropolitan	لا يمكن تحديد مقاييس للاندفاع
Wolfgang, Figilo, Thornberry, Tracy	Philadelphia Birth Cohort Studies	لا يمكن تحديد مقاييس للاندفاع

وصف موجز للدراسات المدْرجة:

فى دراسة كمبريدج فى النمو الجانح Cambridge Study in Delinquent Development، تم تتبع ٤١١ ولدا من جنوب لندن من عمر ٨ سنوات حتى ٤٨ سنة. فى الدراسة الطولية لولاية نيويورك New York State Longitudinal Study، تم عقد مقابلات فى عام ١٩٧٥ مع ٩٧٦ أمًّا اختِرن بشكل عشوائى فى بلدتين من شمال ولاية نيويورك، وكان لديهن أبناء تتراوح أعمارهم من سنة إلى عشر سنوات، وعُقِدت مقابلات مع الأبناء ومتوسط أعمارهم ٣٠ سنة. فى دراسات بتسبرج للشباب Pittsburgh Youth Studies، ثلاث مجموعات من الأولاد (كل مجموعة تضم حوالى ٥٠٠ ولد) أعمارهم ٧، ١٠، ١٣ تم تتبعهم حتى أعمار ١٩-٢٥. فى مشروع التنمية الاجتماعية فى سياتل Seattle Social Development Project، تم تتبع ٨٠٨ من الأطفال الذين كانوا فى العاشرة حتى الثلاثين. فى مشروع أوريبرو Orebro Project، تم تتبع ١٠٢٧ طفلا منذ كانوا فى العاشرة حتى عمر ٤٣-٤٥ فى دراسة دندين Dunedin Study، تم تتبع ١٠٣٧ من الأطفال تم تقييمهم فى الثالثة حتى عمر ٣٢[(٨)].

(٨) بتسبرج Pittsburgh: مدينة جنوب غرب ولاية بنسلفانيا. سياتل Seattle: مدينة غرب واشنطون. أوريبرو Orebro: مدينة جنوب السويد إلى الغرب من ستوكهولم. دندين Dunedin: مدينة فى نيوزيلندا.

الجدول ٣ ,٣[٩] على سبيل المثال، جمع فرنجتون (10) معلومات عن مقياسين للاندفاع تم تقييمهما بين الثامنة والعاشرة من العمر. وبعد ذلك قورن هذان المقياسان بالعنف المسجل ذاتيا بين الخامسة عشرة والثامنة عشرة من العمر والعنف الرسمى بين العاشرة والعشرين من العمر بوصفهما مقياسين لعنف الشباب. وقيس عنف البالغين بالعنف المسجل ذاتيا بين السابعة والعشرين والثانية والثلاثين من العمر والعنف الرسمى بين الحادية والعشرين والأربعين من العمر. واعتمد أحد مقاييس الاندفاع (ضعف التركيز) على تقارير المدرس عن الولد بافتقاره إلى التركيز أو توتره. اعتمد المقياس الآخر للاندفاع، الجرأة الشديدة، على الجمع بين تقارير الآباء عن قيام الطفل بالكثير من الأعمال الخطيرة وتقييم الرفاق لمن كان الأكثر جرأة.

الجدول ٣، ٣ السمات الأساسية للدراسات المدْرجة

اسم الدراسة، الاستشهاد	عدد ذكور/ إناث	مقياس الاندفاع	مقياس العنف
دراسة كمبريدج فى نمو الجانحين، فرنجتون، ٢٠٠٧	٤١١ ذكرا	توفر مقياسان فى سن ٨-١٠ . ١- الجرأة الشديدة- اعتمد على تقرير الآباء والرفاق (مثلا، ولد يجازف: التسلق، استكشاف الطرق؛ الرفاق- من الأكثر جرأة). ٢- ضعف التركيز- اعتمد على تقرير المدرس (مثلا، هل الولد ضعيف التركيز أو هل هو متململ؟)	تقرير ذاتى متوفر فى سن ١٥-١٨ متوفر فى سن ٢٧-٣٢ أحكام متوفرة فى سن ١٠-٢٠ متوفرة فى سن ٢١-٤٠

(٩) دراسة بتسبرج للشباب دراسة طولية على عجالة وكان من الممكن تحديد المعلومات المناسبة عن عينتين مستقلتين من الأولاد (المؤلفان).

مشروع أوريبو، أف كلينتبرج وآخرون، ١٩٩٣	٥٤٠ ذكرا	توفر مقياسان في سن ١٣ . ١- التململ الحركي- اعتمد على تقارير المدرسين (مثلا، هل يجد الولد صعوبة في الجلوس أثناء الدرس، يتململ، كثير الكلام، مزعج). ٢- مشاكل التركيز- اعتمد على تقارير المدرسين (مثلا، لا يستطيع الولد التركيز في العمل، يسرح كثيرا ويستسلم بسرعة).	أحكام إدانة بين سن ١٥ وسن ٢٦
دراسة سياتل للنمو الاجتماعي، هرنكول وآخرون، ٢٠٠٠	٧١٥ ذكور وإناث	توفر مقياسان في سن ١٠ . ١- مفرط النشاط- اعتمد على تقارير المدرسين (مثلا، يفشل الولد/ البنت في إتمام الأشياء، ضعف التركيز/ الانتباه، متململ/ مفرط الحركة، متوتر، صعوبة مع الاتجاهات، غافل/ مشتت، يفشل في عمل الواجبات). ٢- مفرط النشاط- اعتمد على تقارير الآباء (مثلا، لا يستطيع الولد/ البنت التركيز، يسرح، يحتاج إلى الانتباه، اندفاعي). مقياس إضافي توفر في سن ١٤ ٣- المخاطرة- اعتمد على التقرير الذاتي (مثلا، هل من المبهج أن تفعل ما لا يتوقع أن تفعله).	تقرير ذاتي في سن ١٧-١٨ "ضرب مدرسا"، "اختلق مشاجرة ٣+ المرات"، "ضرب شخصا بنية إيذائه" ٣+ المرات، "هدد شخصا بسلاح"، "استخدم القوة أو التهديد بالقوة للحصول على أشياء من الآخرين"، "ضرب شخصا بشكل استدعى تدخلا طبيا"

دراسة بتسبرج للشباب، لويبر وآخرون، ٢٠٠٨- العينة الأصغر	٥٠٣ من الذكور	توفر مقياس فى مرحلتين من العمر (٧-٩، ١٣-١٥). كان هذا عدد أعراض نقص الانتباه وفرط النشاط واعتمد على تقرير القائم بالرعاية والتقرير الذاتى (مثلا، يتململ ويتضايق، صعوبة فى البقاء جالسا، مشتت، صعوبة فى انتظار الدور، يجيب بشكل مفاجئ، لا يتبع التعليمات، صعوبة فى مواصلة الانتباه، يتحول من نشاط إلى آخر، صعوبة اللعب بهدوء، يتحدث بكثرة، يعيق، لا يستمع، يفقد الأشياء، أنشطة خطيرة). وتم تقسيمهم إلى أعلى ٢٥٪ مقارنة بالباقين ٧٥٪.	جمع بين التقارير الذاتية وأحكام الإدانة المتوفرة فى سن ١٧-١٩ تقارير ذاتية سرقة، هجوم بهدف الإيذاء أو القتل، جنس بالإكراه أحكام بالإدانة سرقة، اعتداء خطير، اعتداء خطير قذر، قتل، اغتصاب بالقوة، ممارسة جنسية منحرفة بالإكراه أو اعتداء على الزوج
دراسة بتسبرج للشباب، لويبر وآخرون، ٢٠٠٨- العينة الأكبر	٥٠٧ ذكر	توفر مقياس فى سن ١٣-١٥ . كان هذا عدد أعراض نقص الانتباه وفرط النشاط واعتمد على تقرير القائم بالرعاية (مثلا، يتململ ويتضايق، صعوبة فى البقاء جالسا، مشتت، صعوبة فى انتظار الدور، يجيب بشكل مفاجئ، لا يتبع التعليمات، صعوبة فى مواصلة الانتباه، يتحول من نشاط إلى آخر، صعوبة اللعب بهدوء، يتحدث بكثرة، يعيق، لا يستمع، يفقد الأشياء،	جمع بين التقارير الذاتية وأحكام الإدانة المتوفرة فى سن ١٧-١٩ وسن ٢٠-٢٥ تقارير ذاتية سرقة، هجوم بهدف الإيذاء أو القتل، جنس بالإكراه أحكام بالإدانة سرقة، اعتداء خطير، اعتداء خطير قذر،

		أنشطة خطيرة). وتم تقسيمهم إلى أعلى ٢٥٪ مقارنة بالباقين ٧٥٪.	قتل، اغتصاب بالقوة، ممارسة جنسية منحرفة بالإكراه أو اعتداء على الزوج
الدراسة الطولية لولاية نيويورك، كوهن ٢٠٠٨	٧٦٠ ذكور/ إناث	توفر مقياسان فى أعمار مختلفة. تقرير للأم عن تشتت الطفل فى سن ٥ . تقرير للأم والشاب عن أعراض اضطراب نقص الانتباه فى سن ١٣ تقريبا.	تم التوقيف والاتهام بمخالفة عنيفة حتى سن ٢٨ .
دراسة دندين المتعددة المجالات عن الصحة والنمو، موفيت، ٢٠٠٨	١٠٣٧ ذكور/ إناث	توفر مقياس واحد وتم تقييمه فى سن ١١، ١٣، ١٥ وكان تقييما لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (فى أى سن من المذكورة أعلاه) اعتمد عناصر من تقرير الأم والمدرس والتقرير الذاتى.	تقرير ذاتى فى سن ١٧-١٨ هاجمت شخصا تعيش معه بسلاح، ضربت شخصا تعيش معه هذه السنة وآذيته بشكل خطير أو قتلته، ضربت شخصا وآذيته، سرقت بالإكراه هذه السنة، هددت من أجل الجنس أحكام بالإدانة حتى سن ٣٢ اعتداء شديد، اعتداء بسيط، سرقة، اغتصاب، إشعال حرائق

اشتملت بعض الدراسات على مقاييس متعددة للاندفاع تمت مقارنتها بالعنف التالى. على سبيل المثال، اشتملت دراسة أف كلنتبرج وآخرين (1) على ضعف التركيز والتململ الحركى فى سن ١٣، واشتمل مشروع هرنكول وآخرين (19) على النشاط المفرط اعتمادا على تقارير الآباء والمدرسين، وقيس الاثنان فى سن ١٠، بالإضافة إلى مقياس التقرير الذاتى للمخاطرة فى سن ١٤ . اشتملت دراسات أخرى على مقياس واحد فقط للاندفاع، وكانت هذه المقاييس أكثر شمولا لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. على سبيل المثال، استخدمت كل من دراسة بتسبرج للشباب ودراسة دندين تقارير القائمين بالرعاية وتقارير الشباب (بتسبرج)، أو القائمين بالرعاية والمدرسين والشباب (دندين) لتقييم اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. مقياس الاندفاع المأخوذ فى ثمانية أعمار ضمن سبع دراسات، تراوح من سن ٥ إلى سن ١٣ (المتوسط = ٨،١٠).

من الدراسات السبع (تساهم بتسبرج بدراستين لعينة من الكبار وعينة من الصغار)، قدمت واحدة معلومات عن العلاقة بين قياس الاندفاع والمخالفات المسجلة ذاتيا (19)، وقدمت اثنتان معلومات عن العلاقة بين قياس الاندفاع والجرائم الرسمية (6 و 1)، وقدمت اثنتان معلومات عن العلاقة بين مقياس الاندفاع وكل من التقرير الذاتى والتقارير الرسمية بشكل منفصل (10 و 31) وقدمت اثنتان معلومات عن العلاقة بين مقياس الاندفاع ومقياس مشترك للتقارير الذاتية والتقارير الرسمية (25).

اختلفت أيضاً الأعمار التى تم فيها تقييم العنف من دراسة إلى أخرى، واختلفت أيضاً داخل الدراسة اعتماداً على إن كانت تستخدم التقارير الذاتية أم السجلات الرسمية. على سبيل المثال، فى دراسة فرنجتون (10)، تم قياس عنف الشباب بين سن ١٠ وسن ٢٠ من السجلات الرسمية وبين سن ١٥ وسن ١٧ بالتقارير الذاتية. وبشكل مماثل، فى دراسة موفيت (31)، توفرت السجلات الرسمية للعنف بين سن ١٣ وسن ٣٢ وتوفرت التقارير الذاتية عن العنف بين سن ١٧ وسن ١٨ .

أوضح تحليل قارن طول الفترة التى غطتها الدراسات التى استخدمت السجلات الرسمية بتلك التى استخدمت التقارير الذاتية أن فى تلك التى استخدمت السجلات

الرسمية كان متوسط فترة مدة الخطر ١٤ . ٢ سنة (sd = 20,4)وكانت ٢ . ٣ سنة (sd = 7,1) فى تلك التى استخدمت التقارير الذاتية. وكان هذا الاختلاف دالا (t = 9,7، P > 0001,0)[١٠]. تتوفر عادة الجرائم المسجلة ذاتيا لفترة زمنية محدودة، لأن هذه الطريقة مقيدة أكثر بتكلفة إجراء المقابلات للحصول على المعلومات من المشاركين أو بقصور دقة تذكر الجرائم المسجلة ذاتيا على فترات زمنية أكبر (21).

حساب أحجام التأثير:

استُخدِم متوسط الفرق المعيارى *(d)* مقياسا لحجم التأثير (24). بتقديم مقياسين للاندفاع (الجرأة وضعف التركيز) ومقياسين للعنف (التقارير الرسمية والذاتية) فى عمرين (الشباب والبلوغ)، كان من الممكن حساب ثمانية أحجام للتأثير بالنسبة لدراسة كمبريدج عن النمو الجانح. ويمكن رؤية هذه النتائج، إضافة إلى أحجام التأثير من الدراسات الأخرى، المحسوبة أو المتوفرة فى الدراسات الأخرى، فى الجدول ٣، ٤، عموما، توفر ٢٣ حجما للتأثير. وُجِد أكبر حجم للتأثير فى دراسة أف كلنتبرج وآخرين (1) للتأثير المشترك لمشاكل التركيز والتململ الحركى مقارنة بأحكام الإدانة نتيجة العنف بين سن ١٥ وسن ٢٦ (d = -1,1). ووجد أصغر حجم للتأثير فى دراسة فرنجتون (10) حين قورن ضعف التركيز بتقارير ذاتية عن العنف بين سن ٢٧ وسن ٣٢ (d = -20,0). عموما، كان ١٧ حجمًا من ٢٣ من أحجام التأثير دالا إحصائيا، وكان ١٠ أكبر من ٠ . ٥٠، مما يعنى أن ٥٠٪ من الأشخاص غير العنيفين اندفاعيون مقابل على الأقل ٧٥٪ من الأشخاص العنيفين.

لأن الكثير من أحجام التأثير التى استنتجت لم تكن مستقلة (على سبيل المثال، ثمانية أحجام تأثير من فرنجتون (10)، أربعة من لوبير وآخرين (25))، كان من غير

(١٠) لم تدرج دراسة لوبير وآخرين (25) فى هذا التحليل لتوحيد للتقارير الذاتية والسجلات الرسمية (المؤلفان).

المناسب القيام بتحليل جمعى يشمل كل أحجام التأثير[١١]. بدلا من ذلك، استخدم التحليل الجمعى لطرح أسئلة معينة عن طبيعة العلاقة بين الاندفاع المبكر والعنف التالى. فيما يلى الأسئلة الأساسية التى يمكن طرحها.

الجدول ٣، ٤ أحجام التأثير للعلاقة بين الاندفاع والعنف

الاستشهاد	مقياس الاندفاع	مقياس المخالفة	*d*	CI ٪٩٥
فرنجتون،	**عنف الشباب**	ت ذ (أعمار ١٥–١٨)	٢٥.٠	٥٩.٠–٠٥.٠–
٢٠٠٧	ضعف التركيز عند ٨–١٠	س ر (أعمار ١٠–٢٠)	×٥٩.٠	٩٩.٠–١٩.٠
	جرأة عالية عند ٨–١٠	ت ذ (أعمار ١٥–١٨)	×٧٤.٠	٠٤.١–٤٦.٠
	عنف البالغين	س ر (أعمار ١٠–٢٠)	×٨١.٠	٢١.١–٤٣.٠
	ضعف التركيز عند ٨–١٠	ت ذ (أعمار ٢٧–٣٢)	٢٠.٠–	٢٢.٠–٦٦.٠–
	جرأة عالية عند ٨–١٠	س ر (أعمار ٢١–٤٠)	٣٢.٠	٧٢.٠–٠٥.٠–
		ت ذ (أعمار ٢٧–٣٢)	٢٩.٠	٦٠.٠–٠٥.٠
		س ر (أعمار ٢١–٤٠)	×٤١.٠	٧٦.٠–٠٥.٠
أف	تململ حركى عند ١٣	س ر (أعمار ١٥–٢٦)	×٩٣.٠	٣٦.١–٥٠.٠
كلنتبرج	صعوبات التركيز عند ١٣	س ر (أعمار ١٥–٢٦)	×٩٦.٠	٣٩.١–٥٣.٠
وآخرون	مقياس مشترك عند ١٣	س ر (أعمار ١٥–٢٦)	×١.١	٦٣.١–٥٧.٠
(١٩٩٣)				
هرنكول	تقييم المدرس لفرط	ت ذ (أعمار ١٧–١٨)	×٤٣.٠	٦٣.٠–٢٢.٠
وآخرون	النشاط عند ١٠	ت ذ (أعمار ١٧–١٨)	×٢٨.٠	٤٦.٠–١٠.٠
(٢٠٠)	تقييم الوالد لفرط النشاط	ت ذ (أعمار ١٧–١٨)	×٣٥.٠	٦٠.٠–١١.٠
	عند ١٠	ت ذ (أعمار ١٧–١٨)	×٦٤.٠	٨٧.٠–٤٠.٠
	فرط حركة–مشترك عند ١٠			
	المجازفة عند ١٤			

(١١) تم تقييم متوسط حجم التأثير فى ثلاثة وعشرين حجم تأثير لأهداف توضيحية. ووُجِد أن المتوسط المعيارى لحجم التأثير فى نموذج التأثيرات الثابتة d = 45,0 (95% CI 39,0 - 52,0) وd = 48,0 (95% CI 37,0 - 59,0). وهما دالان عند (p <) مستوى ٠.٠٠٠١ (المؤلفان).

لـــويـــر	عينة الصغار			
وأخـــرون	نقص الانتبـاه وفـرط	ت ذ + س ر (١٧-١٩)	١٤.٠	٥٢.٠-٢٥.٠-
(٢٠٠٨)	الحركة عند ٧-٩	ت ذ + س ر (١٧-١٩)	٢٨.٠	٧٠.٠-١٥.٠-
	نقص الانتبـاه وفـرط			
	الحركة عند ١٣-١٥			
لـــويـــر	عينة الكبار			
وأخـــرون	نقص الانتبـاه وفـرط	ت ذ + س ر (١٧-١٩)	×٣٦.٠	٦١.٠-١١.٠
(٢٠٠٨)	الحركة عند ١٣-١٥	ت ذ + س ر (٢٠-٢٥)	×١٤.٠	٤٤.٠-١٥.٠-
	نقص الانتبـاه وفـرط			
	الحركة عند ١٣-١٥			
كـــوهـن	التشتت عند ٥			
(٢٠٠٨)	الأم، اضـطـراب نـقـص	س ر (أعمار ١٢-٢٨)	×٦٢.٠	١.١-١٣.٠
	الانتباه عند ١٣	س ر (أعمار ١٢-٢٨)	×٧٣.٠	٩.١-٣٧.٠
مـــوفـــيت	نقص الانتباه وفرط الحركة	ت ذ (أعمار ١٧-١٨)	×٣٤.٠	٦٤.٠-٠٥.٠
(٢٠٠٨)	عند ١١ أو ١٣ أو ١٥	س ر (أعمار ١٢-٣٢)	×٩٠.٠	٢٤.١-٥٦.٠

p* > 05,0

ما العلاقة بين اندفاع الطفولة والعنف التالي في السجلات الرسمية؟

ساهمت خمس دراسات من ست فى حجم التأثير فى هذا التحليل[١٢]. واتخذت القرارات بشأن إدراج أى حجم تأثير فى أربع دراسات من الخمس. تم انتقاء ستة أحجام تأثير على أساس تماثلها فى نوع قياس الاندفاع، ولتضخيم الفاصل بين تواريخ تقييم الاندفاع والعنف الرسمى التالى إلى أقصى حد. يمكن الاطلاع على أحجام التأثير المنتقاة لهذا التحليل فى الجدول ٣، ٥، بالإضافة إلى المتوسط العام لحجم التأثير.

(١٢) لم يتم إدراج دراسة هرنكول وآخرون (19) لأنها تحتوى على عنف مسجل ذاتيا فقط (المؤلفان).

الجدول ٣، ٥ العلاقة بين الاندفاع والعنف التالى فى السجلات الرسمية (أعلى اختلاف بين تقييم الاندفاع والعنف التالى)

الاستشهاد	d	CI ٪٩٥
فرنجتون، ٢٠٠٧	٠,٣٢	٠,٧٢–٠,٠٥–
أف كلنتبرج وآخرون، ١٩٩٣	١,١٠	١,٦٣–٠,٥٧
كوهن، ٢٠٠٨	٠,٦٢	١,١–٠,١٣
لوبير، ٢٠٠٨ (عينة الصغار)	٠,١٤	٠,٥٢–٠,٢٥–
لوبير، ٢٠٠٨ (عينة الكبار)	٠,١٤	٠,٤٤–٠,١٥–
موفيت، ٢٠٠٨	٠,٩٠	١,٢٤–٠,٥٦
التأثيرات الثابتة (٦)	٠,٤	٠,٦٢–٠,٣١
التأثيرات العشوائية (٦)	٠,٥١	٠,٨٣–٠,١٩
Qبين المجموعات = ٢٠,٢، p > 001,0		

يتم الحصول على متوسط حجم التأثير المرجح فى نموذج التأثيرات الثابتة بجمع كل حجم تأثير مضروبا فى معكوس الفرق ، وقسمة هذا المجموع على مجموع قيم معكوس الفرق (24). بالنسبة للمقارنات الست المدرجة فى هذا التحليل، كان متوسط حجم التأثير باستخدام نموذج تأثير ثابت .d = 46,0 (95% CI 31,0-62,0) القيمة z-value المناظرة ٥٫٨٣ المحسوبة من هذا المتوسط لحجم التأثير دالة عند p ‹ مستوى ٠٫٠٠٠١، متوسط حجم التأثير المرجح فى نموذج للتأثيرات العشوائية هو مجموع كل أحجام التأثير مضروبا فى معكوس فرقه (معدل بمكوِّن إضافى لفرق التأثيرات العشوائية لتقليل عدم تجانس الدراسات)، وقسمة الناتج على ناتج قيم معكوس الفرق. بالنسبة للدراسات الست المدرجة فى هذا التحليل كان متوسط حجم التأثير باستخدام نموذج للتأثيرات العشوائية .d = 51,0 (95% CI 19,0-83,0) وكانت القيمة z المناظرة ٣٫١٣ المحسوبة لهذا المتوسط لحجم التأثير دالة عند p ‹ مستوى ٠٫٠٠٢، وبتحويل هذه الأحجام القياسية المتوسطة للتأثير إلى الاختلاف فى النسب (انظر ما سبق)،

يعادل تقريبا فرقا ٢٢-٢٦٪، مما يعنى أن بين ٧٣-٧٦٪ من الجناة العنيفين يعتبرون اندفاعيين مقارنة بـ ٥٠٪ ممن لم يقترفوا جرائم عنف.

تم حساب عدم التجانس (Q) فى هذه العينة المكونة من ست دراسات لتحديد إن كانت القابلية للتغير variability عبر أحجام التأثير أكبر من المتوقع من خطأ أخذ العينة فقط. وكان ناتج قيمة Q 2,20 (5 df) دالا عند p < مستوى ٠,٠٠١؛ ومن ثم كان فرق مقاييس أحجام التأثير فى هذه العينات أكبر من المتوقع من خطأ أخذ العينة فقط. ورغم أن بعض هذا الفرق قد يكون عشوائيا، أو ناتجا عن اختلافات بين الدراسات، يمكن تفسير قدر معين من التغير باستخدام بعض الخصائص المنهجية للمقارنات.

لأن تأثير الاندفاع ربما يتغير عبر الزمن، كان من المهم تقييم طول الزمن الذى انقضى بين تقييم الاندفاع وتقييم العنف الرسمى. كان متوسط أصغر فترة بين تقييم الاندفاع ومتوسط عمر العنف الرسمى ٦,٥ سنوات وكان المدى من ٠-١٢ سنة. وكان متوسط أكبر فترة ٨,١٧ بمدى من ١٠,٥-٣١ سنة.

وقد أجرى التحليل التالى لتقييم أثر اختيار أحجام التأثير بالاعتماد على الوقت الأطول بين تقييم الاندفاع والتسجيل الرسمى للعنف. وقد تم ذلك بإجراء تحليل آخر، لكن بدلا من اختيار أحجام التأثير بالاعتماد على الوقت الأطول (انظر الجدول ٣، ٥)، تم اختيار أحجام التى تقلل هذا الاختلاف إلى أقصى حد. وقد نتج عن هذا حجم تأثير مختلف من فرنجتون (10)، وكوهن (6) وحجمان مختلفان للتأثير بالنسبة للويبر وآخرين (25) (انظر الجدول ٣، ٦).

الجدول ٣، ٦ العلاقة بين الاندفاع والعنف الرسمى التالى (أدنى اختلاف بين تقييم الاندفاع والعنف التالى) :

الاستشهاد	*d*	CI ٪٩٥
فرنجتون، ٢٠٠٧	٠,٥٩	٠,٩٩-٠,١٩
أف كلنتبرج وآخرون، ١٩٩٣	١,١٠	١,٦٣-٠,٥٧
كوهن، ٢٠٠٨	٠,٧٣	١,٠٩-٠,٣٧
لوبير، ٢٠٠٨ (عينة الصغار)	٠,٢٨	٠,٧٠-٠,١٥-
لوبير، ٢٠٠٨ (عينة الكبار)	٠,٣٦	٠,٦١-٠,١١
موفيت، ٢٠٠٨	٠,٩٠	١,٢٤-٠,٥٦
التأثيرات الثابتة (٦)	**٠,٥٩**	**٠,٧٤-٠,٤٥**
التأثيرات العشوائية (٦)	**٠,٦٣**	**٠,٨٧-٠,٣٩**
Qبين المجموعات = ٦.١٢، 03,0 < p		

حين تم تقليل الزمن بين الاندفاع والعنف الرسمى إلى أقصى حد، وُجد أن متوسط حجم التأثير فى نموذج التأثيرات الثابتة (95% CI 45,0-74,0) d = 59,0، وكانت *d* = 63,0 (95% CI 39,0-87,0) فى نموذج التأثيرات العشوائية. وكان هذان الحجمان دالين إحصائيا. وهذا يناظر اختلافًا فى النسب بحوالى ٣٠٪. وبالنسبة لهذا التحليل، كان متوسط أقل فترة بين تقييم الاندفاع ومدى العمر للعنف الرسمى ٣.١ سنة بمدى من صفر إلى سنتين ونصف. وكان متوسط أكبر اختلاف للزمن ١١ سنة بمدى من ٥.٤-١٩ سنة. توحى مقارنة النتائج المقدمة فى الجدول ٣، ٥ والجدول ٣، ٦ بأن العلاقة بين الاندفاع والعنف تظهر، كما يمكن أن نتوقع، أقوى حين يكون تقييمهما أقرب.

ما العلاقة بين الاندفاع والعنف التالي المسجل ذاتيا؟

ساهمت أربع دراسات من ست بحجم من التأثير فى هذا التحليل. وتقرر إدراج ثلاث دراسات من أربع بشأن حجم التأثير. وتم اختيار أحجام التأثير الخمسة بالاعتماد

على تماثلها فى نوع قياس الاندفاع ولتضخيم الفاصل إلى أقصى حد بين نقطة تقييم الاندفاع والعنف التالى المسجل ذاتيا. ويمكن الاطلاع على أحجام التأثير المختارة لهذا التحليل فى الجدول ٣، ٧ مع المتوسط الكلى لحجم التأثير.

الجدول ٣، ٧ العلاقة بين الاندفاع والعنف التالى المسجل ذاتيا

الاستشهاد	*d*	CI ٪٩٥
فرنجتون، ٢٠٠٧	-٠,٢٠	-٠,٦٦-٠,٢٢
هرنكوت وآخرون، ٢٠٠	٠,٣٥	٠,١١-٠,٦٠
لوبير، ٢٠٠٨ (عينة الصغار)	٠,١٤	-٠,٢٢٥-٠,٥٢
لوبير، ٢٠٠٨ (عينة الكبار)	٠,١٤	-٠,١٥-٠,٤٤
موفيت، ٢٠٠٨	٠,٣٤	٠,٠٥-٠,٦٤
التأثيرات الثابتة (٥)	**٠,٢٢**	**٠,٠٨-٠,٣٦**
التأثيرات العشوائية (٥)	**٠,٢٠**	**٠,٠٤-٠,٣٧**
Qبين المجموعات = ٦,٥، n.s.		

حين قورن الاندفاع والتقارير الذاتية، وُجِدَ أن متوسط حجم التأثير فى نموذج التأثيرات الثابتة .(d = 22,0 (95% CI 08,0-36,0 وفى نموذج التأثيرات العشوائية كانت .(d = 20,0 (95% CI 04,0-37,0 وكان هذان الحجمان دالين إحصائيا. وهذا يناظر اختلافا فى النسب بين ١٠ و ١١٪ للاندفاع بين الجناة العنيفين والجناة غير العنيفين. ولم تكن قيمة Q الناتجة ٦,٥ (df = 5)[١٣] دالة، مما يوحى بأن كل أحجام التأثير المدرجة فى التحليل تقدر حجم التأثير نفسه للسكان. بالنسبة لهذا التحليل، كان متوسط أقل زمن بين تقييم الاندفاع ومدى العمر للعنف الرسمى ٧,٨ سنوات بمدى من ٤ إلى ١٨ سنة. وكان متوسط أكبر اختلاف للزمن ١١,٥ سنة بمدى من ٥-٢٣ سنة.

(١٣) df: درجات الحرية degrees of freedom، وهى فى الإحصاء عدد القيم التى يمكن أن تتغير فى النتيجة النهائية لعملية إحصائية.

وكان من المفيد إجراء تحليل مماثل لما تم مع العنف الرسمى سابقا، حيث تم اختيار أحجام التأثير اعتمادا على القرب بين تقييم الاندفاع والعنف المسجل ذاتيا، لكن هذا لم يكن ممكنا. كان التغير الوحيد حجمًا مختلفًا للتأثير عند فرنجتون (10). وكان يمكن أيضًا للوبير وآخرين (25) أن تتغير، لكن هذه التأثيرات تضم التقرير الذاتى SR والسجل الرسمى OR ويمكن أن تكون مماثلة تماما للتغيرات التى تمت فى التحليل السابق للعنف الرسمى.

المتوسط المعيارى لأحجام التأثير بالنسبة لنتائج مقارنة العنف الرسمى التالى والتقارير الذاتية ملخص فى الجدول "٣، ٨". يوضح متوسط أحجام التأثير أنه ربما تكون هناك علاقة أقوى بين الاندفاع والعنف الرسمى التالى مقارنة بالتقارير الذاتية التالية. لكن هذه المقارنة كانت دالة فقط حين قورنت العلاقة بين الاندفاع والتقارير الذاتية التالية بالاندفاع والعنف الرسمى التالى مع أقل فارق زمنى بين تقييم الاندفاع وبحث السجلات الرسمية. ويمكن رؤية هذا بحقيقة أن فترات الثقة بالنسبة لأقل فارق زمنى للعنف الرسمى لا تتداخل مع تلك المتعلقة بالعنف المسجل ذاتيا. وربما يُفسَّر هذا الاختلافُ بالفترات الزمنية الأكبر التى كان فيها المشاركون "فى خطر" سجل رسمى مقارنة بكونهم "فى خطر" تقرير ذاتى، كما أشرنا من قبل.

الجدول ٣، ٨ ملخص النتائج

أقصى فارق زمنى للعنف الرسمى	*d*	CI ٪٩٥
تأثيرات ثابتة (٦)	٠,٤٦	٠,٦٢-٠,٣١
تأثيرات عشوائية (٦)	٠,٥١	٠,٨٣-٠,١٩
أقل فارق زمنى للعنف الرسمى		
تأثيرات ثابتة (٦)	٠,٥٩	٠,٧٤-٠,٤٥
تأثيرات عشوائية (٦)	٠,٦٣	٠,٨٧-٠,٣٩
العنف المسجل ذاتيا		
تأثيرات ثابتة (٥)	٠,٢٢	٠,٣٦-٠,٠٨
تأثيرات عشوائية (٥)	٠,٢٠	٠,٣٧-٠,٠٤

ما العلاقة بين الجرأة/ المخاطرة والعنف التالي المسجل ذاتيا؟

تتوفر فى كل من فرنجتون (10) وهرنكول وآخرين (19) مقارنة أحجام التأثير نوعًا خاصا من الاندفاع أو المخاطرة، بالعنف التالى المسجل ذاتيا. يوضح الجدول ٣، ٩ أحجام هذه التأثيرات والمتوسط المرجح لحجم التأثير بالنسبة للدراستين مجتمعتين. عموما، وُجِدَ أن متوسط حجم التأثير فى نموذج التأثيرات الثابتة ونموذج التأثيرات العشوائية (d = 68,0 (95% CI 50,0-86,0، وكان دالا إحصائيا فى الدراستين عند p < مستوى ٠.٠٠٠١، مما يناظر اختلافا فى النسب بحوالى ٣٤٪.

بمقارنة متوسط أحجام التأثير فى الجدول ٣، ٧ بتلك الموجودة فى الجدول "٣، ٨" يمكن رؤية أن فترات الثقة CI (04,0-37,0 و ٠.٥٠–٠.٨٦) لا تتداخل، مشيرة إلى فارق دال إحصائيا. وهذا يوحى بأن الجرأة الشديدة والمخاطرة كانتا، دلالية، أكثر احتمالا فى علاقتهما بالعنف التالى المسجل ذاتيا مقارنة بالمقاييس الأخرى للاندفاع.

الجدول ٣، ٩ العلاقة بين الجرأة/ المخاطرة والعنف التالى المسجل ذاتيا

الاستشهاد	*d*	CI ٪٩٥
فرنجتون، ٢٠٠٧	٠,٧٤	١,٠٤–٠,٤٦
هرنكول وآخرون، ٢٠٠٠	٠,٦٤	٠,٨٧–٠,٤٠
التأثيرات الثابتة (٢)	٠,٦٨	٠,٨٦–٠,٥٠
التأثيرات العشوائية (٢)	٠,٦٨	٠,٥٠–٠,٨٦
Qبين المجموعات = ٠.٢، n.s.		

المناقشة

توحى نتائج المراجعة المنظمة والتحليل الجمعى بأن مقاييس الاندفاع المأخوذة فى الطفولة (مبكرة حتى ٥ سنوات) ارتبطت ارتباطا دالا بالعنف. إلا أن قدْر هذه العلاقة اعتمد على عدد من العوامل، ومن أهمها كيفية قياس العنف. مالت الدراسات التى قاست العنف باستخدام السجلات الرسمية إلى إظهار علاقة أقوى من تلك التى استخدمت التقارير الذاتية. وأنتجت، أيضًا، الدراسات التى كان فيها تقييم الاندفاع وتقييم العنف أقرب زمنيا أحجام تأثير أكبر من تلك التى كانت الفجوات فيها بين تقييم الاندفاع وتقييم العنف أكبر. ومن المهم تحديد العلاقة الوظيفية بين حجم التأثير والفارق الزمنى، لكننا لا يمكن القيام بذلك اعتمادا على العدد الصغير من الدراسات التى تناولناها.

ربما تعتمد أيضًا العلاقة بين الاندفاع المبكر والعنف التالى على نوع الاندفاع الذى تم قياسه، لكن بسبب العدد المحدود من أحجام التأثير المتوفرة كنا أقل قدرة من استكشاف هذه الاحتمالية. حين قورنت هذه الدراسات التى قارنت ضعف التركيز مع المقاييس الأكثر شمولا للاندفاع (على سبيل المثال، تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط) بالعنف التالى المسجل ذاتيا، كان متوسط حجم التأثير الناتج أصغر بشكل دال من متوسط حجم التأثير فى الدراستين اللتين قارنتا الجرأة/ المخاطرة بالعنف التالى المسجل ذاتيا. وهذه النتيجة لا تثير الدهشة بالضرورة إذا وضعنا فى الاعتبار الطبيعة السلوكية للجرأة والمخاطَرة. وفى الحقيقة ربما كان للكثير من السلوكيات الجريئة والمخاطِرة ارتباط أقوى بالعنف. ربما كان هذا النوع الاندفاعى من الجرأة والمخاطرة مؤشرًا على المسار المباشر الذى يربط الاندفاع المبكر بالعنف التالى، بينما ربما قلل ضعف التركيز التأثيرات (لكنها لا تزال دالة) لأنه يعمل أكثر بطرق غير مباشرة مثل إعاقة التعليم أو التأثير على التنشئة التى يتلقاها الطفل.

وينبغى أن تُستخدَم نتائج هذه المراجعة لاقتراح أن الاندفاع فى أى شكل من أشكاله يسبب العنف. ولم يكن من الممكن فى هذه المراجعة أن نضع فى الاعتبار

المتغيرات الأخرى التى يمكن أن تفسر النتائج التى تمت ملاحظتها. وربما يكون أكثرها ارتباطا مستويات الذكاء والوضع الاقتصادى الاجتماعى. وكان هناك الكثير من الجدل بشأن طبيعة العلاقة بين الاندفاع والذكاء والسلوك الإجرامى (على سبيل المثال، (2)؛ (28)؛ (29)). إضافة إلى ذلك، حدد البحث تفاعلات معقدة بين مستويات الاندفاع ومؤشرات عيوب الأحياء (على سبيل المثال، (27)؛ (38)). ينبغى أن يحاول مزيد من البحث تكرار التحليلات التى أجريناها بضبط مقاييس الذكاء والوضع الاقتصادى الاجتماعى ومتغيرات ثالثة أخرى(١٤).

بهدف المقارنة، قُدِّمت البيانات من دراسة لوبير وآخرين (25) فى صيغة خطيرة. إن ٢٥٪ ممن حققوا المعدلات الأعلى على أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط مقابل مقارنة البقية بالنسبة المتورطة فى الجريمة العنيفة التالية. إلا أن لوبير وآخرين (25) اقترحوا فى الوثيقة الأصلية أن العلاقة بين اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط وارتكاب الجرائم ربما يمكن تصورها باعتبار الأعراض المنخفضة لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط عاملا مشجعا مقابل اعتبار الأعراض المرتفعة لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط عاملا خطرا. تُعرَّف العوامل المشجعة باعتبارها عوامل تتنبأ باحتمال ضعيف بالجنوح التالى (25).

وجد لوبير وآخرون (25)، فى تحليلهم، أن المصابين بمستويات متوسطة من أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (٥٠٪ الوسطى) كانوا مماثلين للمصابين بالمستويات العالية من أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (أعلى ٢٥٪) فيما يتعلق بخطر ارتكابهم للجرائم فيما بعد (25). لكن المصابين بمستويات منخفضة من أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط كان احتمال ارتكابهم لجرائم فى المستقبل أقل بشكل دال. وتوافقت هذه النتيجة مع كل من الاحتمالات

(١٤) طبيعة العلاقة بين الاندفاع والمتغيرات الأخرى قد تختلف أيضًا طبقا لنوع الاندفاع الذى يتم فحصه (على سبيل المثال المخاطرة مقابل ضعف التركيز) (المؤلفان).

الخمسة من المقارنات المستقلة بالنسبة للمجموعتين اللتين قدمتا من البيانات (٣ بالنسبة لعينة الصغار، ٢ بالنسبة لعينة الكبار). ويعنى هذا أن الوقاية الموجهة للمصابين بمستويات عالية من الاندفاع ربما تخطئ مجموعة ممن قد يستفيدون من العلاج (أى المصابين بمستويات متوسطة من أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط). إضافة إلى ذلك، قد لا يبدو أن التدخل لتقليل اندفاع معظم المندفعين له أثر إلا إذا انخفض الاندفاع بشكل جوهرى.

لسوء الحظ، لأن النتائج فى المطبوعات الأساسية قُدِّمت كعوامل خطورة، لم يكن من الممكن تحديد إن كان الاندفاع من الأفضل أن يعتبر عاملا محفزا أم عامل خطورة. لكن فى تحديث لبحث هرنكول وآخرين (19) باستخدام بيانات من مشروع التنمية الاجتماعية فى سياتل، وجد هوكنز وهرنكول ولى Lee (18) أن مشاكل الانتباه (من تقارير مجتمعة للآباء والمدرسين عن فرط النشاط، والاندفاع، وعدم الانتباه) قيست فى أعمار من ١٠-١٢ تنبأت بالعنف فى أعمار من ١٣-١٤ ومن ١٥-١٨، حين اعتبرت عامل خطورة، وليس عاملا محفزا.

الخلاصة

بالاعتماد على بيانات من دراسات رفيعة المستوى، نستنتج أن الاندفاع المبكر يتنبأ بالعنف التالى. مقارنة بالعلاقات الأخرى فى علم الإجرام (انظر على سبيل المثال (22)) كانت علاقة التنبؤ قوية تماما. وهذا يتضمن أن عمليات التدخل التى تستهدف الاندفاع (على سبيل المثال، تعليم المهارات للطفل، انظر (26)؛ وعمليات التدخل المعرفى السلوكى، انظر (23)؛ "المنطق والتأهيل"، انظر (37)) يحتمل أن تكون فعالة فى تقليل العنف التالى.

المراجع

1. Af Klinteberg, B., Andersson, T., Mangnusson, D. and Stattin, H. (1993) Hyperactive behavior in childhood as related to subsequent alcohol problems and violent offending: a longitudinal study of male subjects: *Personality and Individual Differences,* **15**, 381-88.

2. Block, J. (1995) On the relation between IQ, impulsivity, and delinquency: Remarks on the Lynam, Moffitt, and Stouthamer-Loeber (1993) interpretation: *Journal of Abnormal Psychology,* **104**, 395-98.

3. Burke, J.D., Loeber, R., White, H.R. et al. (2007) Inattention as a key predictor of tobacco use in adolescence. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 249-59.

4. Clarke, D. (2006) Impulsivity as a mediator in the relationship between depression and problem gambling. *Personality and Individual Differences*, **40**, 5-15.

5. Cohen, J. (1988) *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences,* 2nd edn, Erlbaum, Hillsdale, NJ.

6. Cohen, P. (2008) Personal communication, March 28.

7. Dowden, C., Blanchette, K. and Serin, R. (1999) *Anger Management Programming for Federal Male Inmates*: An Effective Intervention, Correctional Service of Canada, Ottawa. Research Report R-82.

8. Eysenck, S.B.G. and Eysenck, H.J. (1977) The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 2, 46-55.

9. Farrington, D.P. (1991) Childhood aggression and adult violence: Early precursors and later life outcomes, in *The Development and Treatment of Childhood Aggression* (eds D.J. Pepler and K.H. Rubin), Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ, pp. 5-29.

10. Farrington, D.P. (2007) Origins of violent behavior over the lifespan, in *The Cambridge Handbook of Violent Behavior and Aggression* (eds D.J. Falnnery, A.T. Vaszonyi and I. Waldman), Cambridge University Press, Cambridge, pp. 19-48.

11. Farrington, D.P., Coid, J., Harnett, L. and et al. (2006) *Criminal Careers and Life Success: New Findings from the Cambridge Study in Delinquent Development,* Research Findings 281, Home Office, London.

12. Farrington, D.P. and Loeber, R. (1989) RIOC and phi as measures of predictive efficiency and strength of association in 2X2 tables. *Journal of Quantitative Criminology,* 5, 201-13.

13. Farrington, D.P. and Petrosino, A. (2001) The Campbell Collaboration Crime and Justice Group. *Annals of the American Academy of Political and Social Science,* **578**, 35-49.

14. Farrington, D.P. and Welsh, B.C. (2007) *Saving Children from a Life of Crime: Early Risk Factors and Effective Interventions, Oxford University Press,* Oxford.

15. Gottfredson, M. and Hirschi, T. (1990) *A General Theory of Crime,* Stanford University Press, Stanford.

16. Grasmick, H.G., Tittle, C.R., Bursik, R.J. and Arneklev, B.K. (1993) Testing the core empirical implication of Gottfredson and Hirschi's General Theory of Crime, in *Journal of Research in Crime and Delinquency,* 30, 5-29.

17. Hawkins, J.D., Herrenkohl, T., Farrington, D.P. et al. (1998) A review of a predictors of youth violence, in Serious and Violent Juvenile Offenders: *Risk Factors and Successful Interventions* (eds R. Loeber D.P. Farrington), Sage, Thousand Oaks, CA, pp. 106-46.

18. Hawkins, J.D., Herrenkohl, T.I. and Lee, J.E. (2007) Risk and Promotive Factors and Youth Violence: Findings from the Seattle Social Development Project. Paper Presented at the American Society of Criminology Meeting, Atlanta.

19. Herrenkohl, T.I., Maguin, E., Hill, K.G. et al. (2000) Developmental risk factors for youth violence. *Journal of Adolescent Health,* 26, 176-86.

20. Johnson, J.G., Smailer, E., Cohen, P. et al. (2004) Antisocial parental behavior, problematic parenting, and aggressive offspring behavior during adulthood: *British Journal of Criminology,* **44**, 915-30.

21. Jolliffe, D., Farrington, D.P., Hawkins, J.D. et al. (2003) Predictive, concurrent, prospective and retrospective validity of self-reported delinquency. Criminal Behaviour and Mental Health, 13, 179-97.

22. Lipsey, M.W. and Derzon, J.H. (1998) Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: a synthesis of longitudinal research, in Serious and Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Interventions (eds R. Loeber D.P. Farrington), Sage, Thousand Oaks, CA, pp. 86-105.

23. Lipsey, M.W. and Landenberger, N.A. (2006) Cognitive-behavioral Interventions, in Preventing Crime: What Works for Children, Offenders, Victims and Places (eds B.C. Welsh and D.P. Farrington), Springer, New York, NY, pp. 33-71.

24. Lipsey, M.W. and Wilson, D.B. (2001) Practical Meta-Analysis, Sage, Thousand Oaks, CA.

25. Loeber, R., Farrington, D.P., Stouthamer-Loeber, M. and White, H.R. (2008) Violence and Serious Theft: Development and Prediction from Childhood to Adulthood, Routledge, New York, NY.

26. Läsel, F. and Beelman, A. (2006) Child social skills training, in Preventing Crime: What Works for Children, Offenders, Victims and Places (eds B.C. Welsh and D.P. Farrington), Springer, New York, NY, pp. 33-71.

27. Lynam, D.R., Caspi, A., Moffitt, T.E. et al. (2000) The interaction between impulsivity and neighbourhood context on offending: The effects of impulsivity are stronger in poorer neighbourhoods. Journal of Abnormal Psychology, 109, 563-74.

28. Lynam, D.R. and Moffitt, T.E. (1995) Delinquency and impulsivity and IQ: a reply to block. Journal of Abnormal Psychology, 104, 399-401.

29. Lynam, D.R., Moffitt, T. and Stouthamer-Loeber, M. (1993) Explaining the relation between IQ and delinquency: Class, race test motivation, school failure, or self-control? Journal of Abnormal Psychology, 102, 187-96.

30. Moffitt, T. (1993) Adolescent-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. Psychological Review, 100, 674-701.

31. Moffitt, T.E. (2008) Personal communication, April 18.

32. Moffitt, T.E., Caspi, A., Rutter, M., and Silva, P. (2001) Sex Differences in Antisocial behavior: Conduct Disorder, Delinquency, and Violence in Dunedin Longitudinal Study, Cambridge University Press, Cambridge.

33. Pratt, T.C. and Cullen, F.T. (2000) The empirical status of Gottfredson and Hirschi's General Theory of Crime: a meta-analysis. Criminology, 38, 931-60.

34. Pratt, T.C., Cullen, F.T., Blevins, K.R. et al. (2002) The relationship of attention deficit hyperactivity disorder to crime and delinquency: a meta-analysis. Interna tional Journal of Police Science and Management, 4, 344-60.

35. Ruorke, B.P. and Finlayson, M.A.J. (1975) Neuropsychological significance of lateralized deficits on Grooved Pegboard Test for older children with learning disabilities. Journal of Abnormal Psychology, 84, 412-21.

36. Thornberry, T.P., Huizinga, D. and Loeber, R. (1975) The prevention of serious delinquency and violence, in Serious, Violent and Chronic Juvenile Offenders (eds J.C. Howell, B. Krisberg, J.D. Hawkins and J.J. Wilson), Sage, Thousand Oaks, CA, pp. 213-37.

37. Tong, L.S.J. and farrington, D.P. (2008) Effectiveness of 'Reasoningand Rehabilitation' in reducing offending. Psicothema, 20, 20-28.

38. Vazsonyi, A.T., Cleveland, H.H. and Weibe, R.P. (2006) Does the effect of impulsivity and delinquency vary by level of neighborhood disadvantage? Criminal Justice and behavior, 33, 511-41.

39. White, J.L., Moffitt, T.E., Caspi, A. et al., (1994) Measuring impulsivity and examining its relationship to delinquency. Journal of Abnormal Psychology, 103, 192-205.

40. Wilson, J.Q. and Herrnstein, R.J. (1985) Crime and Human Nature, Simon & Schuster, New York.

41. Wolfgang, M.E., Figlio, R.M. and Sellin, T. (1972) Delinquency in a Birth Cohort, University of Chicago Press, Chicago

الفصل الرابع

"الخمسة الكبار": العصابية والانبساط والتفتح والقبول ويقظة الضمير بوصفها مخططا تنظيميا للتفكير فى العدوانية والعنف

فنسنت إيجان

مدرسة علم النفس، جامعة ليسستر، المملكة المتحدة

المقدمة

يمثل نموذج العوامل الخمسة five-factor model (FFM) لكوستا Costa وماكرى McCrae النظرية السائدة عن الشخصية فى علم النفس الأكاديمى الحديث، ويدمج مجموعة متنوعة من نماذج بدا غالبا أنها تعكس "مغالطات مثيرة"، أى تصورات ومقاييس ونتائج مكافئة بأسماء مختلفة (62). يشمل نموذج العوامل الخمسة العصابية (N) neuroticism والانبساط (E) extroversion والتفتح (O) openness والقبول (A) agreeableness ويقظة الضمير (C) conscientiousness. ولكل بعد مقاييس فرعية (معدلات أوجه) داخل البنية العامة، موضحة (إضافة إلى أبعاد مماثلة من مقاييس أخرى للشخصية متداخلة مع نموذج العوامل الخمسة) فى "الجدول ٤، ١". يُقيَّم نموذج العوامل الخمسة باستخدام اختبار الشخصية-نيو (NEO-PI) المكون من

٢٤٠ بندا (28)، أو اختبار العوامل الخمسة-نيو (NEO-FFI)، وهو أقصر ومكون من ٦٠ بندا لا تعتمد على معدلات الأوجه (28).[1] وبرهن نموذج العوامل الخمسة على صحته عبر الثقافات (99)، وله اتساق طولى وعرْضى جوهرى (85). تتنبأ أيضًا الأبعاد التى يحتوى عليها النموذج بالكثير من حياة الإنسان: "... السعادة، والصحة الجسدية والنفسية، والروحانية، والهوية... طبيعة العلاقات مع الرفاق والأسرة والعلاقات الرومانسية على المستوى الشخصى... اختيار المهنة، والرضا، والأداء... الاهتمامات المجتمعية... الأيديولوجيا السياسية" (٨٨، ص ٤٠١). ويتنبأ النموذج أيضًا بالنشاط المضاد للمجتمع والعنف. ويراجع هذا الفصل الدليل على هذه الارتباطات. لكن حتى نعرف الأسباب التى تجعل نموذج العوامل الخمسة يمثل مستوى مناسبًا من التفسير، من الضرورى أن نعرف كيف ظهر نموذج العوامل الخمسة، وعلاقته بالنماذج البنيوية المتنافسة للشخصية، والأسباب التى قد تجعل الأبعاد الخمسة للشخصية مفضلة عن الأبعاد الستين أو السبعة أو الثلاثة أو حتى البعد الواحد.

لماذا الأبعاد الخمسة للشخصية ؟ لماذا نموذج العوامل الخمسة ؟

إن فكرة الأبعاد الخمسة الرئيسية التى تتضمن معظم الشخصية مطروحة منذ فترة طويلة (48 و 87). وجرت محاولات عديدة لتقليل عدد الأبعاد المزعومة أو زيادتها. وتنجم الاختلافات فى عدد الأبعاد المنتجة عن المناهج المطبقة، مع ظهور أبعاد أكثر فى الدراسات المعجمية للشخصية. تتناول الطرق المعجمية الكلمات التى تصف الشخصية (على سبيل المثال "عدوانى" أو "عطوف") وتحلل المفاهيم الرفيعة التى تولِّدها هذه الكلمات فى علاقتها بالكلمات الأخرى التى تصف الشخصية (97). يمكن مقارنة النماذج المعجمية بالنماذج السلوكية للشخصية، وهى لا تعتمد على الاختلافات الثقافية

---

(١) نيو NEO: اختصار العصابية والانبساط والتفتح.

فى اللغة ويمكن أن تضمن تقييماً للسلوك بواسطة الشخص نفسه أو بواسطة مراقب. وتمتد الطرق السلوكية بسهولة إلى دراسات التحليل العاملى factor-analytic للاستبيانات المختلفة التى يمكن أن تحدد المفاهيم المتقاربة عبر مختلف مستويات التفسير (116). المقاربة المعجمية وصفية، بينما تسعى مقاربة التحليل العاملى إلى الانتقال من الوصف البسيط إلى التفسير العلمى (41). يقدم "الثلاثة الكبار Gigantic Three" ، الذهانية Psychoticism (P) والانبساط والعصابية، عند أيزنك مثالا لنموذج تفسيرى علمى للشخصية (43).

تفتقر غالبا أنظمة الأبعاد المنبثقة معجميا، على سبيل المثال عوامل الشخصية الستة عشر لكاتل Cattell's 16 Personality Factors (16PF) (22)، إلى قابلية التكرار. لم يوجد فى عوامل الشخصية الستة عشر لكاتل سوى خمسة عوامل شخصية قوية حقا (86)، مع أن كاتل اعتاد على أن يجادل بأن هذا كان نتيجة فشل الباحثين الآخرين فى استخدام منهجه بشكل صحيح. تلجن Tellegen (106)، بشكل مماثل، لم يقتنع باستخدام الصفات المستخدمة لوصف الشخصية، وسعى إلى شكل مختلف للأبعاد وابتكر استبيان الشخصية متعدد الأبعاد Multidimensional Personality Questionnaire (MPQ) (107). سعى استبيان الشخصية متعدد الأبعاد إلى تجاوز نموذج العوامل الخمسة بإدخال أبعاد إضافية للتكافؤ الإيجابى والسلبى (التكافؤ الإيجابى فضائل طيبة مقابل الفضائل العادية، والتكافؤ السلبى خصائص فظة وبشعة مقابل الخصائص الطيبة). بشكل تنبؤى، توافقت الأبعاد الثلاثة للسمات فى استبيان الشخصية متعدد الأبعاد لتلجن Tellegen للانفعالية الإيجابية والانفعالية السلبية والالتزام مع الأبعاد الانبساط والعصابية والذهانية لأيزنك عند ٠,٥٧، ٠,٦٠، -٠,٥٢ بالتتابع (p > 001,0). (64) بيَّن التحليل المشترك لاختبار الشخصية-نيو NEO-PI واستبيان الشخصية متعدد الأبعاد أن الانفعالية السلبية عكست عصابية عالية وقبولا منخفضاً، وتضمنت الانفعالية الإيجابية الانبساط وعناصر إيجابية من يقظة الضمير، وارتبط الالتزام بعناصر منضبطة من يقظة الضمير وتفتح منخفض (23).

قدم كلونينجر Cloninger (25) نموذجا بنيويا ثلاثى الأبعاد للشخصية، ينبثق من الطب النفسى لا من علم النفس. تسعى الأبعاد الأساسية عند كلونينجر إلى الجديد، وتجنب الضرر، واعتماد التشجيع والإصرار. وأضاف بعد ذلك ثلاثة أبعاد مكتسبة بيئيا: التوجيه الذاتى والتعاون والتسامى الذاتى (26). ويُدَّعَى أن هذه الأبعاد الأساسية تعكس سمات قابلة للتوريث، ودوائر كيميائية عصبية، وتتأثر بمستويات الناقلات العصبية (وخاصة الدوبامين والسيروتونين والنور أدرينالين)، التى تدفع النشاط السلوكى والكف السلوكى والدأب السلوكى. و يؤدى هذا إلى اختلافات فردية كبيرة فى طريقة استجابة الأشخاص للبدع والعقاب والمكافأة (على سبيل المثال، ميل الأفراد القلقين إلى تضخيم تجنب الأذى). ورأى كلونينجر أن هذه الخصائص تشكل أساس الشخصية الطبيعية والشخصية غير الطبيعية، والنموذج مماثل للمقاربة السلوكية لجراى Gray وأنظمة الكف (53)، التى يرتبط نموذجه بها (74).

بينما تبدو نظرية كلونينجر علمية بشكل يدعو للثقة، فإن المقاييس التى تؤكد نظريته تمثل إشكالية. حين أجريت النماذج الإحصائية للبنية الداخلية لمقاييسه على عينات طبيعية كبيرة، توافقت بيانات نموذجه مع نموذج أيزنك ونموذج العوامل الخمسة أفضل من النموذج الذى افترضه هو نفسه (103). إضافة إلى ذلك، فى عينة كبيرة من البالغين الشباب (ع = ٨٩٧)، ارتبطت أبعاد كلونينجر أساسًا مع أبعاد أيزنك: ارتبطت العصابية بقوة بتجنب الأذى، وارتبط الانبساط سلبيا بتجنب الأذى (وإيجابيا مع السعى إلى البدع واعتماد التشجيع)، وارتبطت الذهانية أساسا بالسعى إلى البدع (وعكسيا باعتماد التشجيع) (104). وارتبطت أبعاد كلونينجر أيضًا بشكل كبير عبر نموذج العوامل الخمسة: ارتبط تجنب الأذى إيجابيا بقوة مع العصابية، وارتبط سلبيا بالانبساط والتفتح ويقظة الضمير؛ وارتبط السعى إلى البدع بالانبساط والتفتح، وارتبط سلبيا بيقظة الضمير؛ وارتبط الإصرار إلى حد بعيد بيقظة الضمير؛ وارتبط اعتماد التشجيع بالانبساط والتفتح؛ وارتبط التوجيه الذاتى سلبيا بالعصابية، وإيجابيا بيقظة الضمير والانبساط؛ وارتبطت التعاونية بالقبول والانبساط والتفتح (32). فيما يتعلق بالنماذج الأكثر رسوخا، تفتقر نظرية كلونينجر إلى الفاعلية والصلاحية. إضافة

إلى ذلك، لا يبدو أنها تفسر العدوانية بشكل جيد؛ حين ترتبط سماته بالمقاييس الرئيسية للعدوانية، وكان الارتباط الإيجابى الأكثر قابلية للتكرار مع السعى للبدع (على سبيل المثال، (63)).

يوضح الجدول "٤، ١" كيفية ارتباط هذه النماذج والأبعاد والعناصر البنيوية المختلفة معا باستخدام نموذج العوامل الخمسة باعتباره بنية تكاملية.

الجدول ٤،١ نماذج أبعاد السمات مقارنة بمخططات تلجن وأيزنك وكوستا وماكرى

المنظر	كولنينجر	تلجن	أيزنك	كوستا وماكرى	كوستا وماكرى
اسم المقياس	TPQ	MPQ	EPQ-R[a] EPPb	NEO-PI-R[c]	NEO-FFId
العصابية	تجنب الأذى (يرتبط سلبيا مع التوجه الذاتى)	(بوصفها مزاجيا انفعاليا سلبيا) رد فعل التوتر الاغتراب العدوانية	الدونية عدم السعادة القلق الاعتماد توهم المرض الإثم الوسواس	الهشاشة الاكتئاب القلق العداء بغضب الوعي الذاتى الاندفاع	وجدان سلبى تأنيب الذات
الانبساط	السعى للبدع اعتماد التشجيع توجه ذاتى روح التعاون	(بوصفه مزاجيا انفعاليا إيجابيا) رفاهية	النشاط روح اجتماعية جزم تعبير	النشاط روح اجتماعية جزم دفء	النشاط وجدان إيجابى روح اجتماعية

		قوة	طموح	بحث عن	
		اجتماعية	تعنت مذهبى	إثارة	
		إنجاز	عدوانية	مشاعر	
		تماسك		إيجابية	
		اجتماعى			
التفتح	اعتماد	(بوصفه		فنتازيا	اهتمامات
	التشجيع	استغراقا)		جماليات	جمالية
	روح التعاون			مشاعر	خروج على
				أفعال	العرف
				أفكار	
				قيم	
القبول	روح التعاون		(ذهانية)	ثقة	
			مخاطرة	صراحة	
			اندفاع	إيثار	
			عدم مسئولية	طاعة	
			مناورة	اعتدال	
			سعى للحسى	ود	
			تعنت		
			روح عملية	تنافس	نظام
يقظة الضمير	إصرار	(بوصفها		نظام	كفاح لهدف
	توجه ذاتى قيدًا)				
	(يرتبط	تجنب الأذى			
	سلبيا بتجنب				
	الأذى				
	والسعى			قيام بالواجب	جدارة بالثقة

للبدع)		إنجاز
	نزعة تقليدية	كفاح
		انضباط ذاتي
		تأنٍ

(a) (14): التعبيرات التى تحتها خط مظاهر لاختبار قصير.

(b) من (92)

(c) من دليل اختبار الشخصية المعدل–نيو NEO-PI-R (28)

(d) مأخوذ عن تحليل العوامل لسوسير Saucier (96)

أدت مقاربة التحليل العاملى بالمقاربات الأخرى إلى افتراض عدد من الأبعاد أقل من التى تمثل أساس نموذج العوامل الخمسة. ويعتمد هذا جزئيا على اكتشاف أن الأبعاد المستقلة ظاهريا لاختبار الشخصية – نيو واختبار العوامل الخمسة–نيو (28) تميل للارتباط (11و34 و39). وأدى هذا إلى تنقيح اختبار العوامل الخمسة–نيو إلى الاختبار المعدل للعوامل الخمسة – نيو NEO-FFI-R (77). أحد تفسيرات ارتباط المقاييس الفرعية فى نموذج العوامل الخمسة (أو نموذج PEN لأيزنك من قبل) أنها تدل على عوامل فائقة ورفيعة(٢). وتثير أنماط الارتباط (بين الانبساط والعصابية، أو بين القبول ويقظة الضمير والعصابية المنخفضة، اعتماداً على إن كان المرء يفكر فى نموذج العوامل الخمسة أم فى نموذج PEN) مستويات أعلى من الأفكار المجردة عن الشخصية. دعا ديجمان Digman (34) على هذه العوامل الرفيعة ألفا alpha (مزيج من

(٢) PEN: اختصار الذهانية والانبساط والعصابية.

الانبساط والتفتح) وبيتا beta (اتحاد من القبول ويقظة الضمير والعصابية). واستنبط بلاكبرن Blackburn ولوجان Logan ورنويك Renwick (12) أيضًا هذه الأبعاد، ورأوها من أقطابها السلبية، ودعوها "قلقة-مكبوحة"، أو اندماجًا، أو"إساءة تصرف"، أو هيمنة. من المحتمل أن هذه العوامل الأرفع خطوة اختزالية بعيدة جدا. استخدم بيسانز Biesanz وويست West (9) مقاربة متعددة السمات متعددة الطرق لفحص صلاحية التقارب والتباعد فى نموذج العوامل الخمسة، باستخدام بيانات مسجلة ذاتيا وتقييمات المرشدين من أشخاص قيَّموا أنفسهم. وآليات السمات المتعددة والطرق المتعددة طريقة يمكن للمرء بها أن يفصل سمة من تأثيرات الطريقة، مع تكرار النتائج عبر طرق وتقنيات توضح أن نتيجة معينة لا تُنتَج ببساطة بالطريقة التى استنبطت بها. وجد بيسانز وويست أن أبعاد نموذج العوامل الخمسة المقيمة ذاتيا مترابطة فيما بينها بشكل معتدل، بينما لا توجد ارتباطات بينية بالنسبة لتقييمات المرشدين للأفراد أنفسهم على أبعاد السمات ذاتها. وتوحى هذه النتائج باعتماد الاستقلالية الإحصائية لهذا النموذج على طبيعة البيانات ومصدرها. ربما تكون الأبعاد الأعلى أداة منهجية بالطريقة التى قد تكون عليها غزارة أبعاد الشخصية إذا اعتمدنا على تقلبات اللغة.

إن المراجعة السابقة لتلاقى أدبيات الشخصية على نماذج كوستا وماكرى وأيزنك أقرب إلى الأنظمة التفسيرية الحقيقية بالنسبة للشخصية من التطورات الأخرى. وبدلا من التشتت بأبعاد طموحة قابليتها للتكرار ضعيفة وتفتقر للصلاحية الخارجية والقيمة الإضافية، قد يكون من المفيد أكثر أن نبنى "أرضيات صلبة فى الأرضيات الرطبة لعلم النفس" (29، ص ٢١٦). فى هذا الفصل، أبرهن على تأثر العدوانية والعنف بالسمات العامة للشخصية فيما يتعلق بالعصابية والقبول ويقظة الضمير. ويعتمد برهانى على مراجعة دراسات تتضمن "الخمسة الكبار/ نموذج العوامل الخمسة لأبعاد الشخصية كنموذج منظم فيما يتعلق بالسلوك الإنسانى. أناقش نموذج العوامل الخمسة فى علاقته بالفئات السكانية التى يمثل فيها العنف والعدوانية مشكلتين كبيرتين، أعنى المراهقين والمصابين باضطرابات الشخصية. وأغطى أيضًا

العلاقات بين هذا النموذج والسلوكيات والاهتمامات العدوانية المضادة للمجتمع بشكل خاص. لوصف أهمية هذا النموذج، من الضرورى توضيح السبب الذى جعله يحل محل ما بدا ذات يوم شاملا ومفسرا بشكل تام: "الثلاثة الكبار Gigantic three" لأيزنك.

سمات الشخصية والسلوك المضاد للمجتمع:

الشخصية مؤشر مهم لارتكاب الجريمة. وجد كاسبى Caspi وآخرون (20) مساهمة أكبر فى النشاطات الجانحة- سواء كانت محظورة بواسطة البلد أو النوع أو العرق، أو كانت مقيسة بالتقرير الذاتى أو السجلات الرسمية- مرتبطة بالشباب الذين أظهروا تعبيرا انفعاليا سلبيا أكبر (محددا بعدوانية أكبر واغتراب أكبر وردود أفعال متوترة أكبر) وتقيُّدا أضعف (أى نزعة تقليدية منخفضة، تجنب منخفض للأذى، وعدم التحكم). وتتفاعل الاختلافات الفردية فى الشخصية مع التأثيرات الاجتماعية؛ ويمثل الاندفاع مؤشراً أقوى فى تفاعل الشخصية مع السلوك المضاد للمجتمع فى التجمعات الأفقر (72). وتبين من تحليل جمعى قام به ميلر Miller ولينام Lynam (80) أن النماذج البنيوية الأربعة الرئيسية للشخصية (الذهانية والانبساط والعصاب PENلأيزنك، ونموذج العوامل الخمسة لكوستا وماكرى، ونموذج العوامل الثلاثة لتلجن Tellegen، ونموذج العوامل السبعة لكلونينجر) لها أبعاد مرتبطة بالأعمال المضادة للمجتمع. وبشكل خاص كانت العلاقة قوية مع بُعْد الذهانية عند أيزنك.

نموذج الذهانية والانبساط والعصابية (PEN) لأيزنك:

تعكس "السمات السوبر" الثلاث التى قدمها أيزنك للشخصية- الذهانية والانبساط والعصابية، مثل النماذج البنيوية الأخرى للشخصية، بنى نظرية رفيعة تنبثق من أوجه أدنى لكل بُعْد. تعكس الذهانية العدوانية المتعنتة، وتشمل عناصر العدوانية

والبرود والأنانية والاندفاع وعدم المشاركة الوجدانية (42). مصطلح "الذهانية" نفسه مشتق من ملاحظة أيزنك بأن الإجرام والسلوك العام المضاد للمجتمع أكثر شيوعا فى الذكور بين أقارب الإناث المصابات بالفصام، وهكذا يكون مؤشرا عاما للسيكوباثولوجيا psychopathology (66). افترض أيزنك أن الذهانية- مثل الانبساط- تعكس استثارة منخفضة لقشرة الدماغ، لكنها تنتج عن اختلال فى مستويات الناقلات العصبية بدلا من الآليات الفسيولوجية. ويفسر هذا الرأى سبب شيوع إساءة استخدام المواد المخدرة فى الشخص الذى يتسم بدرجة عالية من الذهانية، حيث تنبه العقاقير المسارات التى تكون مستثارة بدرجة منخفضة لولا ذلك. وربما يستخدم أيضًا الأشخاص الذين يتسمون بدرجة عالية من العصابية الكحول والعقاقير المخدرة لرفع الحالة المزاجية، وهكذا ربما يكون التداوى الذاتى self-medication دافعا لإساءة استخدام المواد المخدرة، لكن إساءة استخدام العقاقير لتقتصر بحال من الأحوال على الجناة.

يتميز الأشخاص الذين يتسمون بدرجة عالية من الانبساط بالروح الاجتماعية والحيوية والنشاط والثقة والسيطرة وروح المغامرة. افترض أيزنك أن الأشخاص الذين يتسمون بدرجة عالية من الانبساط لديهم مستويات منخفضة من الاستثارة التلقائية لقشرة الدماغ فى مركز التنشيط الشبكى فى جذع الدماغ، ويسعون للإثارة لزيادة مستويات استثارتهم إلى ما قد يكون طبيعيا بالنسبة لشخص يتسم بمستوى أقل من الانبساط (43). التداخل بين الانبساط والبحث عن المتع الحسية (117) واضح (برغم وجود تداخلات أيضًا بين الذهانية والبحث عن المتع الحسية). واعتقد أيزنك ذات يوم أن المجرمين يتسمون بمستوى انبساطية أعلى من غير الجناة، لكنه أعاد النظر فى هذا الرأى حين وُجِد أن الاندفاع يتوسط العصابية والذهانية (52 و 53).

يطرح البعد الثالث الشامل عند أيزنك - العصابية - استمرارية الانفعالات والتحكم فيها، ويكون الأشخاص ذوو المستويات المرتفعة من العصابية متقلبين انفعاليا بشكل أكبر ويكون التغير المزاجى أقل فى الأشخاص ذوى المستويات المنخفضة من

العصابية. ويكون ذوو المستويات المرتفعة من العصابية متوترين ومتقلبين ومثقلين بالشعور بالذنب وانفعاليين وسلبيين، بينما يكون ذوو المستويات المنخفضة من العصابية على الأقطاب المضادة لهذه السمات الفرعية. ليست فضيلة دائما أن يكون المرء من ذوى المستويات المنخفضة من العصابية؛ إذا عملت العصابية بالتزامن مع ذهانية مرتفعة أو قبول منخفض، أو مع السيكوباتية، ربما يتصرف المرء بشكل مضاد للمجتمع ولا يبالى بالنتائج نفسها، ناهيك عن الآخرين (7). فى تحليل جمعى لنموذج PEN لأيزنك فيما يتعلق بالسلوك المضاد للمجتمع تضمن اثنتين وخمسين دراسة وسبعا وتسعين عينة، وجد كيل Cale (15) أن الذهانية ترتبط بأقوى شكل بالسلوك المضاد للمجتمع (متوسط حجم التأثير المرجح = ٣٩،٠، ٩٥٪ CI = 35,0 إلى ٤٢،٠)؛ وارتبطت به العصابية أيضاً، لكن بصورة أقل بكثير (متوسط حجم التأثير المرجح = ١٩،٠، ٩٥٪ CI = 15,0 إلى ٢٣،٠). وكان تأثير الانبساط على السلوك المضاد للمجتمع ضئيلا (متوسط حجم التأثير المرجح = ٠٩،٠، ٩٥٪ CI = 06,0 إلى ١٢،٠). وتوحى هذه النتائج بأن بُعْدَى الذهانية والعصابية فى نموذج أيزنك يساهمان بشكل أكبر فى فهم النشاط المضاد للمجتمع.

العدوانية والعنف سلوك موجّه أم لا؟

اقترح أيزنك أن الجريمة اجتماعية بيولوجية biosocial، وتكون بدافع التعليم كما تكون بدافع الشخصية. يشجع شخصٌ يربط السلوك المضاد للمجتمع بالقصاص والرغبة فى تفادى العقاب، أو بمشاعر سلبية مرتبطة بالعقاب (أو حتى ببساطة وجد وهو يقترف إثما)، تطور التحكم الداخلى لتجنب الحالة الداخلية البغيضة الناجمة عن العقاب (46). وقال أيزنك إن الكثير من السلوك العدوانى ينبع من الافتقار إلى احتمالات التعزيز الاجتماعى المناسب لتصحيح السلوك المنفلت. وتتضمن عادة تنشئة الطفل المضاد للمجتمع الإهمال والتساهل بشكل غير مناسب والعقاب الجسدى المفرط (47). وقد يتم أيضاً تشجيع النشاط المضاد للمجتمع بشكل نشط. تم حديثا تسجيل

حالة بشعة تعرض لها أطفال فى المملكة المتحدة حيث اتهمت أربع نساء بتعليم طفلين فى الثانية والثالثة أن يتشاجرا معًا أمام الكاميرا (59). رفضت النساء فى المحاكمة قبول اللوم وأصررْن على أن الشجار بناء للشخصية، وطريقة "لتقوية الأطفال". كما يحدث التشكيل الإيجابى للسلوك العدوانى والمضاد للمجتمع أيضًا فى البيئة الاجتماعية الأوسع. ربما يرى الفتيانُ فى السياقات المولِّدة للإجرام ممن فشلوا فى المدارس، الأشخاص الاجتماعيين أكثر والناجحين ماديا فى مجتمعهم منهمكين فى نشاط إجرامى عنيف، ويعتبرون هذا السلوك إيجابيا ومناسبا. إن تشكيل أفعال المرء على نمط أفعال الناجحين، حتى إذا كانوا يتبعون مسارا إجراميا، استراتيجية منطقية بشكل يقبل الجدل (2 و110). تنبذ مثل هذه المجتمعات غالبا تنفيذ القانون الذى شرعته الدولة)، وهكذا لا يمكن للخطأ (أو الخطأ الواضح) أن يعاقَب إلا باستخدام العنف الدفاعى من قبل الضحية أو مؤيديه، ويساهم هذا بدوره فى العنف المقابل، ويديم دائرة العدوانية.

ومع ذلك ينشأ كثير من الأشخاص فى ظروف بائسة أو غير منضبطة اجتماعيا ولا يصبحون عدوانيين أو عنيفين. ربما يتحاشى هؤلاء الأشخاص الجريمة رغم رؤية المزايا المادية للنشاط الإجرامى والمضاد للمجتمع، خاصةً إذا كانوا يتمتعون بسمات شخصية ترتبط بالمرونة، أعنى انخفاض العصابية وارتفاع الانبساط وارتفاع القبول/ انخفاض الذهانية وارتفاع يقظة الضمير وارتفاع التفتح (31). وربما ترتبط بعض هذه الأبعاد بالامتناع عن اقتراف الجريمة بشكل غير مباشر. على سبيل المثال، تنقسم سمة التفتح إلى أوجه تعكس الذكاء كما تعكس تفتح الذهن، ويرتبط الذكاء أيضًا بيقظة ضمير أعلى (٨٣). يحمى الذكاء من النشاط المضاد للمجتمع (71). وهكذا تساعد الشخصية الفرد على مقاومة التأثيرات البيئية التى ربما تسهِّل السلوك العدوانى والمضاد للمجتمع فى أشخاص لا يتمتعون بهذه السمات.

الذهانية والعنف والعدوانية:

الذهانية عند أيزنك مرتفعة عبر سياقات كثيرة يتجلى فيها العنف والعدوانية. تتنبأ الذهانية بمستويات الغضب فى المساجين (113)، والعدوانية المتعمدة فى مرضى عيادات الطب النفسى (102)، والاستخدام غير المسئول من قبل الجنود لأسلحتهم (51). قد تكون الذهانية محفِّزًا ذاتيا (أى تستثير رد فعل معين)، حيث من المحتمل أكثر أن يكون الأشخاص الذين يتسمون بذهانية عالية عدوانيين لفظيا ومجادلين وواثقين بشكل غير مناسب فى الاتصالات الشخصية (78). ومن المحتمل أكثر أن يقبل الأشخاص الذين يتسمون بذهانية عالية استخدام العنف لحل الصراع (115)، وفى تأثير تفاعلى كلاسيكى، تثير الذكور الذين يتسمون بذهانية عالية (فسيولوجيًا وعن طريق التقارير الذاتية) أشكال الاغتصاب أكثر ممن تثيرهم العلاقات الجنسية التى تتم بالتوافق، مقارنة بالرجال الذى يتسمون بذهانية منخفضة، بينما يستثير الرجال الذين يتسمون بذهانية منخفضة التفكير فى الجنس الذى يتم بالتوافق أكثر مما يستثيرهم التفكير فى اقتراف الاغتصاب (5). وينشغل المساجين العنيفون ذوو معدل الذكاء المنخفض والذهانية المرتفعة بفضائهم الشخصى أكثر من المساجين غير العنيفين الذين يتمتعون بمستوى أعلى من الذكاء وذهانية منخفضة (36). أخيرا، يتسم الأطفال المصابون باضطراب سلوكى بمستوى أعلى من الذهانية مقارنة برفاقهم (90).

مشاكل نظرية أيزنك:

تبدلت نظريات أيزنك عن السلوك المضاد للمجتمع عبر الزمن، ونُقِّحتْ بعض أوجه نظريته لتتواءم مع النتائج الإمبريقية المكررة بما يتجاوز فحوى نموذجه. اقترح أيزنك فى البداية أن المجرمين يمكن أن يكونوا انبساطيين أكثر من غير المجرمين. وتأثر هذا برأيه بأن الاندفاع من أوجه الانبساط، مما أدى إلى إدراج الاندفاع فى بُعْد الانبساط فى تقييماته المبكرة للشخصية. وحين نُقِّح الانبساط ليتواءم مع تغيير وضع الاندفاع

باعتبارها خاصية تتوسط السمات التى وضعها للذهانية والعصابية، تبين أن المجرمين أكثر انطوائية ويتسمون بمستوى أعلى من العصابية (54). تعمل نظرية أيزنك عن العصابية والشَّرْطية conditioning بشكل ينطوى على مفارقة فيما يتعلق بتعليم الإجرام؛ إذا كان الأشخاص ذوو العصابية المرتفعة يصابون عادة باضطرابات عصابية جزئيا من خلال التعليم، فمن المؤكد أن الطبيعة المنفرة للعقاب ينبغى أن تؤدى بالأشخاص ذوى العصابية المرتفعة إلى اكتساب ارتباطات كابحة. الإجابة، بالطبع، هى أن العقاب يتبع أحيانا فقط ارتكاب الجرم، وهكذا لا يتكون ارتباط متين بين فعل عدوانى أو مضاد للمجتمع والنتيجة العقابية. حين أجريت التجارب لفحص العمليات الشرطية فى الجناة، كانت الإثارة التلقائية ورد الفعل ("بمؤشرات بدنية") أكبر فى الأشخاص الذين يقاومون ارتكاب الجرم (91).

بينما لا يوجد اختلاف أساسى بشأن بنية الانبساط أو العصابية (24)، فإن الذهانية مثيرة أكثر للخلاف. إن ارتباط الذهانية بالسلوكيات المضادة للمجتمع والعدوانية والعنيفة واضح، لكن هذا البعد إشكالى بطريقة لا تشبه الأبعاد الأكثر واقعية ووضوحا مثل القبول ويقظة الضمير (76). وفيما يتعلق بالمفاهيم، يخلط مصطلح "الذهانية" بين المعتلين ذهنيا والعقلاء المضطربين سلوكيا. المصداقية الداخلية لمقاييس الذهانية منخفضة، مما يحد من الدقة وقابلية عملية قياس التكرار (19). يحرز دارسو الفنون مستويات أعلى على مقاييس الذهانية من السجناء والمضطربين ذهنيا (114). وتحت ضغط لتفسير الذهانية بوضع هذه العيوب فى الاعتبار، افترض أيزنك أن الذهانية بنية ذات مستوى عال تنبثق من أوجه منخفضة على ما يبدو مثل القبول ويقظة الضمير، وهما مترابطان، وعلى درجة عالية من المصداقية، ويرتبطان بالذهانية والظواهر الشبيهة بالذهانية (44 و 45). بينما كان البحث المبرمج لأيزنك دقيقا من الناحية الوصفية، وتعريفه لسمات الشخصية العدوانية باعتبارها مؤشرات للسلوك المضاد للمجتمع والعدوانى صحيحا، فقد اعتبرت البنية الأساسية للذهانية متصدعة.

العصابية :

فى مجال تفسده "الثرثرة"، لم يعانِ بُعْدٌ من أبعاد الشخصية من البنى المرادفة أكثر من العصابية (111). تنقل معدلات أوجه القلق والعداء الغاضب والاكتئاب والوعى الذاتى للعصابية فى نموذج الأبعاد الخمسة صفات شخص يشعر بمشاعر سلبية وتوتر نفسى. يوجد مثال للثرثرة فى التحليل الجمعى الذى قام به جادج Judge وآخرون (61) لمفاهيم "تقدير الذات"، و"موضع التحكم"، و"الكفاءة الذاتية العامة"، ووجدوا أنه يمكن التنبؤ بها بقوة بواسطة العصابية. وتُعبَّأ هذه البنى الأكثر خصوصية معا لتشكل عاملا واحدا أقرب إلى العصابية من أى سمة خاصة منخفضة المستوى، وتقدم مقاييس السمات المنخفضة صلاحية تمييز محدودة (أو اختلافًا إضافيا) فى التنبؤ بالكرب بمجرد وضع البنية الأعلى للعصابية فى الاعتبار. على المستوى السلوكى، تترابط البنى المترابطة مع العصابية مع العدوانية أيضًا، بما فى ذلك التوتر/ الغضب (18) و"الحساسية الانفعالية" ("ثرثرة" أخرى) (16). ربما تكون البنى المنخفضة مناسبة بوصفها بؤرًا إكلينيكية للتدخل، لكن لا ينبغى التغاضى عن القوة التى تدفعها.

العصابية وجه مهم للعدوانية والعنف، لكن الطريقة التى تعمل بها مختلفة بالنسبة لعدم القبول أو العداء، ويمكن أن تُعزَى أساسا إلى تفاعلات انفعالية، وليس إلى عداء إجرائى متحجر. تم فحص انخفاض تقدير الذات (تعبير عن العصابية المرتفعة) كمؤشر للأفعال العدوانية فى سلسلة من الدراسات باستخدام التقارير الذاتية وتقييم المدرسين والآباء، وباستخدام عينات من الولايات المتحدة ونيوزيلندا، متضمنة مراهقين وطلبة جامعيين، وفحص المشاركين عرضيا وطوليا (35). ارتبط انخفاض تقدير الذات عكسيا بمشاكل التجسيد مثل العدوانية والسلوك المضاد للمجتمع والجنوح عبر كل العينات والطرق، وبقى مهمًا حين وضعت فى الاعتبار أخلاط من قبيل أسلوب التنشئة والعلاقات والإنجاز والوضع الاجتماعى والاقتصادى ومعدل الذكاء. العدوانية العصابية اندفاعية وانفعالية، وتعتبر الأنواع الأخرى من العدوانية إجرائية (17).

ويستمر هذا الرأى فى تمييز كوستا وماكرى بين العداء بدم حار والعداء بدم بارد. ترتبط العدوانية بدم بارد بعصابية منخفضة وقبول منخفض. وقد ضخَّم بعض الجناة من تقدير الذات، ويتجلى ذلك فى نرجسية "خبيثة" (6). يتقارب القبول المنخفض والعصابية المنخفضة أكثر بشكل وصفى فى الصورة الكلاسيكية "المتحجرة غير الانفعالية" للسيكوباتية الأولية. تتطلب أعمال بلاكبرن عن السيكوباتية الأولية والثانوية (انظر: الفصل السابع)، التى توضح أنه يمكن وضع تمييز بين الأفراد السيكوباتيين، وكلهم مرتفعون فى الذهانية ومنخفضون فى القبول، إلى أشكال أولية وثانوية، تتطلب التمييز بالرجوع إلى العصابية (10).

لا تعمل العدوانية فى فراغ؛ تثير بعض الظروف العدوانية أكثر من غيرها، وبعضها أفضل فى مقاومة الإثارة (أو الاستجابة لها). قام بيتنكورت Bettencourt وآخرون (8) بتحليل جمعى لثلاث وستين دراسة تفحص العلاقة بين الشخصية والسلوك فى ظل الإثارة. كان متوسط حجم التأثير للشخصية/ السلوك العدوانى ٠.٥، ويصبح هذا المتوسط ٠.٤ فى الظروف الطبيعية و ٠.٦ فى ظل الإثارة. لوحظت استجابة عدوانية أكبر فى ظل الإثارة بالنسبة لسمة الغضب ونوع الشخصية أ (عداء متوتر أو عصابية مرتفعة وقبول منخفض)، والحساسية الانفعالية والنرجسية والاندفاع.

قضايا النمو:

يعتقد غالبا أن الأطفال يظهرون اختلافا فى المزاج وليس فى الشخصية؛ يعكس المزاج اختلافات بيولوجية أساسية فى النشاط والتفاعل العاطفى وهو ما يتكشف مع النمو والخبرة، ويلتحم فى النهاية فى السمات العالية لنموذج العوامل الخمسة (100). ومن المثير للتساؤل مهما يكن من انقطاع هناك، أن سمات مزاجية معينة مقيسة فى الثالثة من العمر تترابط مع سمات مماثلة فى الثامنة عشرة من العمر (21). طور هلفرسن Halverson وآخرون (55) مقياسا عبر الثقافات وعبر الأعمار لشخصية

الطفل باستخدام تقارير ذاتية يقدمها واصفون للسلوك الأبوى، وأخضعوها بعد ذلك لتحليل العوامل لتوليد نموذج صالح عموما. أنتج النموذج ١٥ سمة متوسطة تولّد، فى تحليل لمستوى أعلى، بنية مماثلة لنموذج العوامل الخمسة. والاستثناء الوحيد أن عامل التفتح الذى أنتجته كان أقرب إلى الذكاء العام، مكوّنًا من ما قبل الوعى والذكاء وسرعة الاستيعاب. وهذه النتيجة تعادل المناظرات فى أدبيات البالغين بشأن المقاييس الحقيقية للتفتح.

ومما له علاقة خاصة بهذا الفصل هو كيف تتكشف سمات الشخصية، من قبيل القبول ويقظة الضمير تتكشف من الطفل إلى البلوغ، وعلاقتها بالعدوانية والعنف (105). يوجد دليل دامغ بالنسبة لصعوبة "تجسيد" مزاج الطفل، متضمنا الاندفاع والانفلات والعدوانية والسلوك الآثم. وهذا أكثر شيوعا فى الأطفال الذين يشخصون فيما بعد بحالات من قبيل اضطراب السلوك واضطراب التحدى المعارض -opposition al defiant واضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، وهذه بدورها تتنبأ بالاضطرابات العامة فى الشخصية فى البلوغ. كما هو الحال دائما، بينما وُجِدتْ بسهولة الارتباطات البسيطة مع متغيرات الذهان أو القبول والعدوانية أو العنف (على سبيل المثال، (50))، تعدِّل الأبعاد الأوسع للسمات النتائج وتكرر الحاجة إلى أن نبقى مدركين للسمات التى وراء تلك التى تشير إلى النزعات المضادة للمجتمع فقط. على سبيل المثال، حين تم فحص سيكوباتية المراهقين فى مجموعة من الجناة الشباب المحتجزين باستخدام وسيلة فحص العملية المضادة للمجتمع Antisocial Process Screening Device (49) وسمات نموذج العوامل الخمسة المستنبط من نسخة الخمسة الكبار Big Five لمقاييس الصفات الشخصية Interpersonal Adjective Scales (108)، ارتبط ارتفاع السيكوباتية فى الذكور بانخفاض القبول وارتفاع العصابية وانخفاض التفتح وانخفاض يقظة الضمير (94). ووُجِدت هذه الصورة أيضًا بالنسبة لمجموعة مختلفة باستخدام إجراءات مختلفة لتقييم سيكوباتية الطفولة وسمات نموذج العوامل الخمسة (73). وبتوضيح أن هذه الدراسة تضم مجموعة أصغر من الإناث، فقد ارتبطت أيضًا المعدلات على مقياس سيكوباتية الأطفال عند لِنام Lynam (70) مع انخفاض القبول وانخفاض يقظة الضمير (94).

هناك جدل بشأن إن كان مفهوم السيكوباتية عند البالغين مفيد لتأمل الجناة الشباب وخطرهم، مع وضع احتياجات هذه المجموعة فى الاعتبار (75). ثمة فرضية معقولة بأن الجناة الأصغر يميلون إلى أن تكون مشاعرهم أكثر كرْبًا، ويعبرون عن ذلك بارتفاع العصابية لديهم وانخفاض الانبساط مع انخفاض القبول ويقظة الضمير (حسب نظرية أيزنك)، لكن عبر الزمن يتكيفون للدخول فى متاعب، أو يقل قلقهم بشأن نتائج أفعالهم. ربما يقلل الانعدام العام للعواقب بعد ارتكاب الجرم حتى القلق بالنسبة للنشاط المضاد للمجتمع، بينما لا يعرف الجناة الآخرون، والسيكوباتيون بشكل أكبر حقا، الخوف إلى حد بعيد ومتأصل (69 و 93). بالنسبة للجناة الهشِّين انفعاليا، ربما يقدم القلق نافذة من خلالها يكون التدخل أكثر فعالية.

نموذج الأبعاد لاضطرابات الشخصية:

تبين بشكل متكرر أن نموذج الأبعاد dimensional model للشخصية يتداخل مع الطبيعة التصنيفية المزعومة لاضطرابات الشخصية (30)، وأن "التجسيد" الدرامى لاضطرابات الشخصية يرتبط بشكل غير مناسب بالعدوانية والعنف (30). إذا كنت على وشك أن تهاجَم فهناك فرصة من اثنتين أن يكون الجانى مخمورًا أو مصابًا باضطراب الشخصية (27).

يوحى التحليل الجمعى للأدبيات التى تفحص نموذج العوامل الخمسة فى علاقته باضطرابات الشخصية العشرة المحددة فى النسخة الرابعة من الدليل الأمريكى DSM-IV (1) بأن المصابين باضطرابات الشخصية يتميزون عمومًا بكونهم أعلى فى العصابية، ومرتفعين فى الانبساط أو منخفضين اعتمادًا على إن كان اضطراب الشخصية انعزاليا أم دراميا، ومنخفضين عادة فى القبول ويقظة الضمير. ومن النادر أن يوضح التفتح ارتباطا قابلا للتكرار مع أى اضطراب فى الشخصية (98). ولا يعنى هذا افتراض أن اضطرابات الشخصية ببساطة تطرف للشخصية العادية. تترابط

العصابية عند ٠.٦٧ (p < ٠,٠٠١) مع اضطراب الشخصية الحدية المسجل ذاتيا (39)، لكن اضطراب الشخصية الحدية يختلف كيفيا عن العصابية العالية. ومن التضليل أن نوحى بأن اضطرابات الشخصية ليست سوى تطرف لتشكيلات سمات الشخصية، أو أن العدوانية والعنف لا يرتكبهما إلا المصابون باضطراب الشخصية، أو المتطرفون فى السمات العامة للشخصية. ورغم ذلك، وُصِف نموذج العوامل الخمسة بأنه "عدسة" فعالة فى استكشاف العلاقة بين الشخصية والعنف فى مرضى الطب النفسى. قيَّم سكيم Skeem وآخرون (101) مجموعة كبيرة من مرضى الطب النفسى، المحجوزين فى مستشفيات ولا علاقة لهم بالطب الشرعى، باستخدام اختبار العوامل الخمسة – نيو NEO-FFI، نسخة الفحص من القائمة السيكوباتية المنقحة (PCL:SV) (56) ، وتاريخ سلوكى للعنف. تنبأ انخفاض القبول بكل من العنف ومعدلات مرتفعة على نسخة الفحص من القائمة السيكوباتية المنقحة. وتم رصد مؤشرات للعنف أكثر خصوصية بانخفاض القبول من نسخة الفحص من القائمة السيكوباتية المنقحة، حيث لا يقتصر اقتراف العنف على السيكوباتيين.

بينما يتم الحديث عن اضطرابات الشخصية كما لو كانت منفصلة، فإن الوضع ليس كذلك، والتزامن بينها هو القاعدة. افتُرِض أن اضطرابات الشخصية تعكس ثلاث مجموعات: المجموعة أ (غريبة وشاذة، وتشمل الاضطرابات شبه الفصامية والفصامية والارتيابية)، والمجموعة ب (درامية، وتشمل الاضطرابات الحدية والمضادة للمجتمع والنرجسية والهستيرية) والمجموعة ج (قلقة، وتشمل اضطرابات الشخصية الاجتنابية والاعتمادية والوسواسية القهرية). لكن بعض أعراض اضطراب الشخصية أساسية أكثر من غيرها، وبعض الأعراض تتكرر فى تشخيصات معينة. على سبيل المثال، الاندفاع، وهو من أوجه العصابية، مشترك عبر الاضطرابات، موحيا بأن أنماط من الأعراض تجتمع معًا بدلا من أن تشكل علامات منفصلة للباثولوجيا. وجد بلاشفيلد Blashfield وبرين Breen (13) أن الممارسين الإكلينيكيين أنفسهم يجدون صعوبات فى تمييز معايير النسخة الثالثة المعدلة من الدليل الأمريكى الثالث DSM-III-R لاضطرابات

الشخصية، وخاصة اضطرابات الشخصية الهستيرية/ النرجسية، والاجتنابية/ الاعتمادية، والفصامية/ الارتيابية. وتتمثل إحدى طرق الخروج من هذه المتاهة التشخيصية فى العودة للعمل انطلاقا من المبادئ الإمبريقية الأساسية المؤسسة على ما هو معروف عن الشخصية، وكيفية ارتباطها بكل من السمات والاضطرابات. استخدم مولدر Mulder وجويس Joyce (84) التحليل العاملى فى تحليل أعراض اضطرابات الشخصية مقيَّمة بالمقابلة الإكلينيكية المنظمة-Structured Clinical Interview بالنسبة للنسخة الثالثة المعدلة من الدليل الأمريكى مستخلصين أربعة عوامل، أطلقا عليها4As. تضمَّن العامل المضاد للمجتمع antisocial بنودا تقيس الاندفاع وعدم الاستقرار وتضخيم الذات وميل للضجر بسهولة. وضم عامل الأنانية asocial بنوداً تشير إلى اللامبالاة الاجتماعية والاهتمامات النمطية. وضم عامل الوهن aesthenic أو القلق أعراضًا تقيِّم القلق والاعتماد والخوف. الأخير، احتوى العامل الوسواسى -anankastic على بنود تشير إلى خصائص الوسواس القهرى، الجمود والنزوع إلى الكمال بشكل مفرط. فحص أستين Austin وديرى Deary (3) نموذج 4As فى علاقته مخطط PENلأيزنك، ووجدا أن بُعْد الوهن يرتبط ببُعْد الذهانية عند أيزنك، ويرتبط عامل الأنانية سلبيا مع الانبساط عند أيزنك. ولا يرتبط البعد الوسواسى بأى بعد رئيسى من أبعاد الشخصية. وأجرى إيجان Egan وآخرون (39) بشكل مماثل تحليلا عامليا مشتركا لاختبار العوامل الخمسة–نيو (28) وإجراء الفحص المسجل ذاتيا للكشف الدولى لاضطراب الشخصية بفحص القرير الذاتى لاضطرابات الشخصية طبقا للدليل الأمريكى الرابع DSM-IV (68)، واستنبطوا نموذج 4As. وكان للبعد الأنانى ثقل إيجابى عالٍ بالنسبة للعصابية المرتفعة، وثقل سلبى عالٍ بالنسبة للانبساط ويقظة الضمير. وكان لبعد القلق ثقل إيجابى عالٍ بالنسبة للعصابية. وكان للبعد المضاد للمجتمع ثقل سلبى عالٍ بالنسبة للقبول ويقظة الضمير. وكما كان الحال مع ديرى Deary وآخرين (١٩٩٨)[٣] (الذين استخدموا إجراء مختلفا للشخصية)، لم يشترك البعد الوسواسى فى فضاء عاملى مع اختبار العوامل الخمسة–نيو.

(٣) لا يوجد هذا المصدر فى قائمة المصادر.

أخيرا، أجرى لارستون Larstone وآخرون (65) دراسة لفحص التأثيرات المتزامنة لكل من PEN ونموذج العوامل الخمسة على سمات تدل على اضطراب الشخصية. وينبثق تقييمهم لسمات اضطراب الشخصية من تقييم أبعاد باثولوجيا الشخصية Dimensional Assessment of Personality Pathology (67)، الذى يتضمن أربعة أبعاد رفيعة: عدم تنظيم انفعالى (يناظر القلق)، بُعداً غير اجتماعى (يناظر المضاد للمجتمع)، والكف (يناظر الأنانية) والقهرى (أى الوسواسى). وارتبطت العصابية عند أيزنك وفى نموذج الأبعاد الخمسة بعدم التنظيم الانفعالى (مع انخفاض التفتح وانخفاض القبول Aكأثقال إضافية). ارتبط الانبساط عند أيزنك وفى نموذج الأبعاد الخمسة بالكف (المنخفض). وحُمِّلت ذهانية أيزنك والقبول فى نموذج الأبعاد الخمسة على السلوك المعادى للمجتمع والعدوانية. وارتبطت يقظة الضمير فى نموذج الأبعاد الخمسة بقوة بالقهرى. توضح هذه النتائج أن PEN ونموذج الأبعاد الخمسة يوضحان بشكل جوهرى أنماط الارتباط ذاتها فيما يتعلق بالسمات المرتبطة باضطرابات الشخصية. إذا أردنا فهم عناصر الشخصية التى تدفع السلوك المضاد للمجتمع والعدوانية، فيجب التركيز على أن سمة القبول لابد أن تكون مركز تقييم المرء، مع أبعاد أخرى للشخصية تميز الكيفية التى يتم بها التعبير عن النشاط المضاد للمجتمع.

ترتبط الطريقة الأخيرة التى يرتبط بها نموذج الأبعاد الخمسة بالتصورات الأخرى لاضطراب الشخصية، ويدمجها فى بنية أبسط، بما يدعى "الثلاثى الأسود" للشخصية (89). يتضمن "الثلاثى الأسود" الميكيافلية والسيكوباتية والنرجسية، وتتقارب البنى الثلاث فى صلب الأنانية والخداع والمناورة، وهكذا يمكن للمرء أن يتوقع (ويجد عموما) العلاقة المتبادلة بينها (79). يشبع انخفاض القبول الثلاثى الأسود، لكن الترابط السلبى بين الميكيافلية والقلق يثير فكرة توحد عددا من المفاهيم؛ وهذا لأن القلق يرتبط بشكل كبير بالعصابية، وترتبط العصابية عكسيا بالميكيافلية (112). تختلف السيكوباتية الأولية عن السيكوباتية الثانوية سلوكيا فى أن السيكوباتيين الثانويين عصابيون أكثر من السيكوباتيين الأوليين، ويميل السيكوباتيون الثانويون،

عمومًا، إلى أن يكونوا أكثر تشوشا (10). فحص ياكوفتس Jakowitz وإيجان Egan (60) الثلاثى الأسود فى علاقته بنموذج العوامل الخمسة مقيسًا بالاختبار المعدل للعوامل الخمسة- نيو NEO-FFI-R فى عينة من السكان. ووُجِد أن عامل السيكوباتية الأولية محدَّد بأثقال إيجابية عالية جدا بالنسبة لكل من أوجه السيكوباتية والميكيافلية والنرجسية. كان البعد الوحيد لنموذج العوامل الخمسة المحمل على هذا البعد هو القبول، الذى يُحمَّل سلبيا عند -٠,٦٩، ويُحمَّل أيضًا عامل السيكوباتية الثانوية على عامل ثانٍ، له ثقل عالٍ جدا بالنسبة للعصابية (٠,٨٠)، وتحميل سلبى عال جدا بالنسبة ليقظة الضمير (-٠,٧١). ووُجِد أن الانبساط والتفتح، باعتبارهما بُعْدين منفصلين، لا يتداخلان بشكل مهم مع أى وجه من أوجه الثلاثى الأسود. وتوضح هذه النتائج مرة أخرى فائدة استخدام نموذج العوامل الخمسة بوصفه نموذجًا تكامليا ونقطة ارتكاز لتنظيم ما يمكن أن يكون مفاهيم متباينة فى تخطيط أكثر تماسكا، وهى، فى هذه الحالة، العدوانية والعداء بدم بارد كما يعبر عنهما أشخاص على درجة عالية من الثلاثى الأسود.

الارتباطات بين نموذج العوامل الخمسة وسلوكيات خاصة مضادة للمجتمع:

فحص ميلر Miller ولنام Lynam وليوكفيلدLeukefeld (81) العلاقة بين نموذج العوامل الخمسة وعدة أنشطة مضادة للمجتمع. ووجدوا أن العصابية والقبول ويقظة الضمير تتنبأ بالاستقرار، وأنواع المشاكل السلوكية وبداية ظهورها، والعدوانية وأعراض اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فى ٤٨١ من أفراد المجتمع. وعند مستوى مجال هذه السمات، يرتبط قبول (منخفض) بشكل أكثر اتساقًا بكل النتائج الخمس المضادة للمجتمع والعدوانية، مع أوجه من العصابية والقبول ويقظة الضمير، وتضيف كلها مساهمات مهمة لتوقع النتيجة، وبشكل خاص انخفاض الصراحة،

وانخفاض الطاعة وانخفاض التروى. وتتنبأ أيضًا أوجه نموذج العوامل الخمسة بسلوكيات أخرى عدوانية ومضادة للمجتمع، سواء كانت أنشطة إجرامية وعدوانية مسجلة ذاتيا، أم اهتمامات بالأسلحة (واهتمامات أخرى عنيفة)، أم توقعات اقتراف العنف تحت تأثير الكحول، أم المخالفات الجنسية.

جريمة العنف والمخالفات العامة:

وجد هيفن Heaven (57) أن انخفاض القبول وانخفاض يقظة الضمير وارتفاع العصابية مرتبطة بالعنف المسجل ذاتيا، والتخريب والسرقة فى مجموعة جانحة. وترتبط المعارف الإجرامية البسيطة أيضًا بنموذج العوامل الخمسة. وتتقلص المقاييس الفرعية الثمانية للاختبار النفسى لأساليب التفكير الإجرامى Psychological Inventory of Criminal Thinking Styles (109) بسرعة إلى عاملين أساسيين: عدم التدبر (أى عدم انتباه المرء لخبرته) والعداء المتعمد، والعامل الأول أكثر تحديداً (37). وهى بطرق ما نتيجة مشجعة– المجرمون أكثر تدبرا من المتحجرين، ويمكن أن تجعل شخصا يتدبر بأسهل مما تجعل شخصًا متحجراً يبالى. وتترابط معدلات عالية على مقياس لاضطراب نقص الانتباه فى البالغين ومقاييس فرعية للانفلات وحساسية السأم من مقياس السعى وراء الحسى Sensation-Seeking Scale (117) مع موافقة أكبر على المشاعر الإجرامية؛ وارتبط ارتفاع العصابية وانخفاض الانبساط وانخفاض القبول بشكل أقل قليلا بهذه الأبعاد.

تنبثق الدراسة الأكثر أهمية عن تأثير نموذج العوامل الخمسة على توقيف المجرمين من دراسة وبائية طولية لعلل الطب النفسى فى منطقة بلتيمور Baltimore فى الولايات المتحدة (95). فى هذه الدراسة، تمت إعادة تقييم ٦١١ من المشاركين الموقوفين بعد ذلك بفترة من ١٢ إلى ١٨ سنة، وتم تقييمهم باستخدام معايير اضطراب الشخصية النسخة الرابعة من الدليل الأمريكى DSM-IV مع النسخة الكاملة المعدلة من اختبار الشخصية–نيو NEO-PI-R. ومكّن هذا من وضع أوجه فرعية لأبعاد سمات

خاصة فى الاعتبار، ولم يقتصر الأمر على السمات كلها. حُدِّد النشاط الإجرامى من السجلات الرسمية للإجرام فى الولاية، وليس بالتقارير الذاتية. كان توقيف المصابين باضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع والارتيابية والحدية والنرجسية أكثر احتمالا بشكل دال. حين تم فحص الجرم فيما يتعلق بأبعاد نموذج العوامل الخمسة، كان من المحتمل أكثر أن يحقق الذين سبق توقيفهم معدلات أعلى فى العصابية، ويعزى هذا لأوجه العداء الغاضب والاكتئاب والاندفاع. ورغم عدم وجود اختلاف عموما فى الانبساط بالنسبة للجناة وغير الجناة، كان غير الجناة أعلى على الوجه الدافئ للانبساط، بينما كان الجناة أعلى على وجه السعى إلى الإثارة للانبساط. ولم يرتبط التفتح باقتراف المخالفات أو عدم اقترافها. كان احتمال توقيف الأشخاص المنخفضين فى القبول أعلى، وكان الموقوفون منخفضين على أوجه القبول المتعلقة بالثقة والصراحة والطاعة والاعتدال. وبالمثل، اختلف الموقوفون وغير الموقوفين فى يقظة الضمير، وكانت أوجه يقظة الضمير المسئولة عن هذه النتيجة منخفضة الكفاءة وكذلك الشعور بالواجب والتروى فيمن تم توقيفهم. وكانت الاختلافات بين المجموعات مكافئة عموما لاختلاف نصف انحراف معيارى، وبقى حجم هذه التأثيرات حين تم تصحيح البيانات بالنسبة للعمر والجنس والعرق وإساءة استخدام المواد المخدرة وتشخيص اضطراب الشخصية. وكانت الاختلافات قليلة بين الموقوفين حين قُسِّموا أساسا إلى جناة عنيفين وغير عنيفين، وكان الاستثناء الوحيد أن الموقوفين العنيفين كانوا أقل انتماء للجماعة (من أوجه الانبساط) وأقل تفتحا لمشاعرهم (من أوجه التفتح). وتوحى هذه النتائج بأن نموذج العوامل الخمسة مؤشر إضافى فعال للسلوك المضاد للمجتمع، وليس ببساطة وكيلا لاضطراب الشخصية مع إن التداخل يبدو واضحا.

الجرائم الجنسية:

استُخدِم نموذج العوامل الخمسة أيضًا فى فحص مقترفى المخالفات الجنسية. يقدم مقترفو المخالفات الجنسية اختبارا جيدا تماما لنموذج العوامل الخمسة فيما

يتعلق باقتراف المخالفات، حيث تتنوع المخالفات كثيرا، ومقترفو المخالفات أيضًا. يتضمن اقتراف المخالفات الجنسية مجالا واسعًا من السلوكيات- من عدم التدخل، المخالفات البعيدة مثل تحميل صور محظورة من الإنترنت أو سرقة ملابس من حبال الغسيل، إلى جرائم التماس بما فى ذلك الاعتداء الجنسى الفعلى. طبق دنيسون Dennison وستوف Stough وبيرجدن Mirgden (33) الاختبار المعدل للشخصية-نيو على مقترفى المخالفات الجنسية، ووجدوا أن مقترفى زنى المحارم أعلى فى العصابية من المجموعة الضابطة، والجناة من خارج العائلة أعلى فى العصابية حتى من المجموعة الضابطة أو الجناة داخل الأسرة. وكانت هذه الاختلافات واضحة بشكل خاص فى معدلات أوجه العصابية بالنسبة للقلق والاكتئاب والوعى الذاتى والهشاشة. وكان غير الجناة أعلى من الجناة بشكل دال بالنسبة للانبساط ومعدلات أوجه الجَزْم والعِشْرة. ولم يكن هناك اختلاف فى التفتح بين الجناة وغير الجناة. ولم يكن هناك اختلاف بين المجموعتين فى القبول، لكن تمت ملاحظة اختلافات فى يقظة الضمير، خاصة بالنسبة للمجموعة الضابطة مقارنة بالجناة، وكانت المجموعة الضابطة أعلى فى الكفاءة والتروِّى. قسَّم التحليل الوظيفى المميِّز بنجاح الأشخاص طبقا لانتمائهم لفئات الجناة أو غير الجناة بالرجوع إلى انخفاض القبول وانخفاض يقظة الضمير وارتفاع العصابية، لكنه كان أقل جودة فى توزيع الأشخاص فى مخالفات معينة.

يمكن استخدام نموذج العوامل الخمسة أيضًا لفحص درجة تداخل التقييم الإكلينيكى الشامل مع الاختلافات الفردية والاضطرابات الذهنية الأخرى. يجمع أحيانا مقترفو المخالفات الجنسية "غنائم" من الضحايا أو يمتلكون مجموعات هائلة من الصور الإباحية التى تم تحميلها من الإنترنت. فحص إيجان Egan وكافانا Kavanagh وبلير Blair (40) درجة ارتباط حزمة تقييم مقترفى المخالفات الجنسية Sex Offenders Assessment Package، المستخدمة بشكل روتينى فى المملكة المتحدة لتقييم الأداء الاجتماعى والانحراف الجنسى لمقترفى المخالفات الجنسية، بالاختلافات الفردية على نموذج العوامل الخمسة وبالوسواس القهرى. تم جمع المعدلات على حزمة تقييم

مقترفى المخالفات الجنسية واختبار العوامل الخمسة–نيو واختبار موديسلى للوسواس القهرى Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (58) فى عينة من ٢٠٠ من مقترفى المخالفات الجنسية ضد الأطفال وأظهرت ثلاثة عوامل موثوق بها: الكرب الانفعالى، والمعارف التى تدعم الجنس مع الأطفال، والاهتمام بالآخرين. وتترابط هذه العوامل بالتتابع مع ارتفاع العصابية وانخفاض الانبساط، ووسواس قهرى أكبر على اختبار موديسلى للوسواس القهرى، وسمة القبول. حين تم ضبط الترابط الجزئى بالنسبة لتأثير العصابية على الترابط بين المعارف التى تدعم الجنس مع الأطفال واختبار موديسلى للوسواس القهرى، لم يوجد تغير فى الارتباط بين هذه المتغيرات. وتوضح هذه النتائج أن المزاج السلبى والميول الوسواسية تأثيرات أساسية مهمة على مشاعر مقترفى المخالفات الجنسية وسلوكهم، وأن وسواسية المجموعة لا تُعزَى للعصابية ببساطة. وتوحى هذه النتائج بأن علاج مقترفى المخالفات الجنسية من الأفكار الوسواسية قد يساعد علاجيا وسلوكيا، وقد يساعد بالتالى فى تقليل العدوانية الجنسية.

حمل الأسلحة:

يزيد حمل السلاح بشكل دال من خطر أن يتسبب شخص فى ضرر مهم إذا نشب شجار. ربما يحمل المجرمون المحترفون الأسلحة، لكنهم يميلون إلى استخدامها بشكل إجرائى، على سبيل المثال لتسوية "خلاف فى عمل". يحمل الشبان الذكور السلاح لأسباب أخرى كثيرة– الحماية والأمان الشخصى، أو لأن أصدقاءهم يفعلون ذلك، أو للاستعراض ببساطة (82). وقد وجد برلاس Barlas وإيجان Egan (4) أن المراهقين البريطانيين الذين اعترفوا بحمل أسلحة (بالأساس سكاكين وأسلحة نارية) كانوا أقل فى القبول ويقظة الضمير من المجموعة الضابطة المماثلة فى العمر والطبقة الاجتماعية؛ وكانوا أيضًا أعلى فى الجنوح، وجهد المرافقة (أى كمية الوقت والجهد المبذولين للاستحواذ على رفاق جنسيين محتملين أو حقيقيين وحمايتهم)، والاهتمامات

الحسية المادية. ويمكن تصنيف أكثر من ٩٠٪ من المراهقين، بشكل صحيح، إلى حَمَلَة سلاح أو من غير حَمَلَة السلاح بالتأثيرات المستقلة للنشاط الجانح، والاهتمامات المادية، وانخفاض يقظة الضمير؛ وقد اندرج القبول ضمن الجنوح.

الخلاصة

يرتبط نموذج العوامل الخمسة بكثير من أوجه السلوك المضاد للمجتمع والعدوانية، موحِّدًا أدبيات متفرقة، ومقدما وسيلة لتنظيم مجال واسع من المواد، بحيث يمكن دمج الأدبيات الإكلينيكية والأكاديمية لمنفعة متبادلة. يمكن حل الكثير من الإطناب فى علم النفس فى القرن الماضى بالاعتراف بقوة نموذج العوامل الخمسة لتفسير الكثير من الوجوه البغيضة للسلوك الإنسانى. الغاية الآن أن نرى كيف يمكن استخدام نموذج العوامل الخمسة للمساعدة فى تحسين السلوك العدوانى والمضاد للمجتمع، بحيث يمكن للمرء أن ينتقل أبعد ببساطة باستخدام النموذج بوصفه طريقة أفضل للوصف السيكولوجى.

المراجع

1. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn, APA, Washington DC.

2. Anderson, E. (1999) Code of the Street: Decency, Violence and the Moral Life of the Inner City, Norton, New York.

3. Austin, E.J. and Deary, I.J. (2000) The 'four As': A common framework for normal and abnormal personality? Personality and Individual Differences, 28, 977-95.

4. Barlas, J. and Egan, V. (2006) Weapons carrying in British teenagers: the role of personality, delinquency, sensational interests and mating effort. Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 17, 53-72.

5. Barnes, G.E., Malamuth, N.M. and Check, J.V. (1984) Psychoticism and sexual arousal to rape depictions. Personality and Individual Differences, 5, 273-9.

6. Baumeister, R.F., Bushman, B.J. and Campbell, W.K. (2000) Self-esteem, narcissism, and aggression: does violence result from low self-esteem or from threatened egotism? Current Directions in Psychological Science, 9, 26-9.

7. Benning, S.D., Patrick, C., Salekin, R. and Leistico, A.M. (2005) Convergent and discriminant validity of psychopathy factors assessed via self-report: a comparison of three instruments. Assessment, 12, 270-89.

8. Bettencourt, B.A., Talley, A., Benjamin, A.J. and Valentine, J. (2006) Personality and aggressive behavior under provoking and neutral conditions: meta-analytic review. Psychological Bulletin, 132, 751-77.

9. Beisanz, J.C. and West, S.G. (2004) Towards understanding assessment of the Big Five: Mutitrait-multimethod analyses of convergent and divergent validity across measurement occasion and type observer. Journal of Personality, 72, 845-76.

10. Blackburn, R. (1975) An empirical classification of psychopathic personality. British Journal of Psychiatry, 127, 456-60.

11. Blackburn, R., Renwick, S.J.D., Donnelly, J.P. and Logan, C. (2004) Big Five of Big Two? Superordinate factors in the NEO five factor inventory and the antisocial personality questionnaire. Personality and Individual Differences, 37, 957-70.

12. Blackburn, R., Logan, C. and Renwick, S.J.D. (2005) Higher-order dimensions of personality disorder: hierarchical structure and relationships with the five-factor model, the interpersonal circle, and psychopathy. Journal of Personality Disorders, 19, 597-623.

13. Blashfield, R.K. and Breen, M.J. (1989) Face validity of the DSM-IIIR personality disorders. American Journal of Psychiatry, 46, 1575-9.

14. Blashfield, R.K. and Hicker, H. (1997) The Eysenck Personality Profiler- Manual, SWETS Test Services, Frankfurt/ Main.

15. Cale, E.M. (2006) A quantitative review of the relations between the 'Big 3' higher order personality dimensions and antisocial behaviour. Journal of Research in Personality, 40, 250-84.

16. Caprara, G.V., Barbaranelli, C. and Comrey, A.L. (1992) A personological approach to the study of aggression. Personality and Individual Differences, 13, 77-84.

17. Caprara, G.V., Perugini, M. and Barbaranelli, C. (1994) Studies of individual differences in aggression, in The Dynamics of Aggression: Biological and Social

Processes in Dyads and Groups (eds M. Portegal and J.F. Knutson), Erlbaum, Hillsdale, NJ, pp. 123-53.

18. Caprara, G.V., Barbaranelli, C. and Zimbardo, P.G. (1996) Understanding the complexity of human aggression: affective, cognitive and social dimensions of individual differences in propensity towards aggression. European Journal of Personality, 10, 133-55.

19. Caruso, J.C., Witkiewitz, K., Belcourt-Dittloff, A. and Gottlieb, J.D. (2001) Reliability of scores from the Eysenck personality questionnaire: a reliability generalization study. Educational and Psychological Measurement, 61, 675-89.

20. Caspi, A., Moffitt, T.E., Silva, P.A. et al. (1994) Are some people crime-prone? Replications of the personality-crime relationship across countries, genders, races and methods. Criminology, 32, 163-95.

21. Caspi, A. (2000) The child is the father of the man: personality continuities from childhood to adulthood. Journal of Personality and Social Psychology, 78, 158-72.

22. Cattell, R.B. (1950) Personality: A Systematic, Theoretical, and Factual Study, MaGraw Hill, New York.

23. Church, A.T. (1994) Relating the Tellegen and five-factor models of personality structure. Journal of Personality and Social Psychology, 67, 898-909.

24. Clark, L.A. and Watson, D. (1999) Treatment: a new paradigm for trait psychology, in Handbook of Personality: Theory and Research, 2nd edn (eds L.A. Pervin and O.P. John), Guilford, New York, pp. 399-423.

25. Cloninger, C.R. (1978) A systematic method for clinical description and classification of personality variants. Archives of General Psychiatry, 44, 573-88.

26. Cloninger, C.R., Svraki, D.M. and Przybeck, T.R. (1993) A psychobiological model of temperament and character. Archives of General Psychiatry, 50, 975-90.

27. Coid, J., Yang, M., Roberts, A. et al. (2006) Violence and psychiatric morbidity in a national household population of Britain: public health implications. British Journal of Psychiatry, 189, 12-9.

28. Costa, P.T. and McCare, R.R. (1992) Revised NEO Personality Inventory and NEO Five-Factor Inventory Professional Manual, Psychological Assessment Resources, Odessa, FL.

29. Costa, P.T., Jr and McCare, R.R. (1995) Solid ground on the wetlands of personality- a replay to Block. Psychological Bulletin, 117, 216-20.

30. Costa, P.T. and Widiger, T.A. (2003) Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality. American Psychological Association, Washington DC.

31. Davey, M., Eaker, D.G. and Walters, L.H. (2003) Resilience processes in adolescents: personality profiles, self-worth, and coping. Journal of Adolescent Research, 18, 347-62.

32. De Fruyt, F., Van de Wiele, L. and Van Heeringen, C. (2000) Cloninger's psychobiological model of temperament and character and five-factor model of personality. Personality and Individual Differences, 29, 441-52.

33. Dennison, S.M., Stough, C. and Birgden, A. (2001) The Big 5 dimensional personality approach to understand sexual offenders. Psychology, Crime and Law, 7, 243-61.

34. Digman, J.M. (1997) Higher-order factors of the Big Five. Journal of Personality and Social Psychology, 73, 1246-56.

35. Donnellan, M.B., Trzesniewski, K.H., Robins, R.W. et al. (2005) Low self-esteem is related to aggression, antisocial behavior, and delinquency. Psychological Science, 16, 717-23.

36. Eastwood, L. (1985) Personality, intelligence and personal space among violent and non-violent delinquents. Personality and Individual Differences, 6, 717, 23.

37. Egan, V. Deary, I.J. and Austin, E. (2000) The NEO-FFI: emerging British norms and an item-analysis suggest N, A, and C are more reliable than O and E. Personality and Individual Differences, 29, 907-20.

38. Egan, V., McMurran, M., Richardson, C. and Blair, M. (2000) Criminal cognitions and personality: what does the PICTS really measure? Criminal Behaviour and Mental Health, 10, 170-84.

39. Egan, V., Austin, E., Elliot, D. et al. (2003) Personality traits, personality disorders and sensational interests in mentally disordered offenders. Legal and Criminological Psychology, 8, 51-62.

40. Egan, V., Kavanagh, B. and Blair, M. (2005) Sexual offenders against children: the influence of personality and obsessionality on cognitive distortions. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 17, 223-40.

41. Engler, B. (2006) Personality Theories, 7th edn, Houghton-Mifflin, Boston, MA.

42. Eysenck, H.J. and Eysenck, S.B.G. (1976) Psychoticism as a Dimension of Personality, Hodder & Stoughtonm, London.

43. Eysenck, H.J. and Eysenck, M.W. (1985) Personality and Individual Differences: A Natural Science Approach, Plenum, New York.

44. Eysenck, H.J. (1992a) Four ways five factors are not basic. Personality and Individual Differences, 13, 667-73.

45. Eysenck, H.J. (1992b) A reply to Costa and McCrae. P or A and C- the role of theory. Personality and Individual Differences, 13, 867-8.

46. Eysenck, H.J. and Gudjonsson, G.H. (1989) The Causes and Cures of Criminality, Plenum, New York.

47. Farrington, D.P. and West, D.J. (1990) The Cambridge study in delinquent development: a long-term follow-up of 411 London males, in Criminality: Personality Behaviour, Life History (eds H.J. Kerner and G. Kaiser), Springer Verlag, Berlin, pp. 115-38.

48. Fiske, D.W. (1949) Consistency of the factorial structures of personality ratings from different sources. Journal of Abnormal and Social Psychology, 44, 329-44.

49. Frick, P.J. and Hare, R.D. (2002) The Antisocial Process Screening Device, Multi-Health Systems, Toronto.

50. Gleason, K.A., Jensen-Campbell, L.A. and Richardson, D.A. (2004) Agreeableness as a predictor of aggression an adolescence. Aggressive Behavior, 30, 43-61.

51. Glicksohn, J., Ben-Shalom, U., and Lazar, M. (2004) Elements of unacceptable risk taking in combat units: an exercise in offender profiling. Journal of Research in Personality, 38, 203-15.

52. Gray, J.A. (1981) A critique of Eysenck's model of personality, in A Model for Personality (ed. H.J. Eysenck), Springer, New York, pp. 246-76.

53. Gray, J.A. and McNaughton, N. (2000) The Neuropsychology of Anxiety: An Inquiry into the Functions of the Septohippocampal System, 2nd edn, Oxford University Press, Oxford.

54. Gudjonsson, G.H. (1997) Crime and personality, in The Scientific Study of Human Nature (ed. H. Nyborg), Pergamon, Oxford.

55. Halverson, C.F., Havill, V.L., Deal, J. et al. (2003) Personality structure as derived from parental ratings of free descriptions of children: the inventory of child individual differences. Journal of Personality, 71, 995-1026.

56. Hart, S.D., Cox, D.N. and Hare, R.D. (1996) Manual of Screening Version of Psychopathy Checklist Revised (PCL:SV), Multi-Health System, Toronto.

57. Heaven, P.C.L. (1996) Personality and self-reported delinquency: analysis of the 'Big Five' personality dimensions. Personality and Individual Differences, 20, 47-54.

58. Hodgson, R.J. and Rachman, S. (1977) Obsessional-compulsive complaints. Behavioural Research and Therapy, 15, 389-95.

59. The Independent (2007) Women Guilty in 'Toddler-Fighting' Video Trial. http://news. Independent.co.uk/uk/crime/article2369022.ece, retrieved 18 March, 2007.

60. Jakobwitz, S. and Egan, V. (2006) The dark triad and normal personality traits. Personality and Individual Differences, 40, 331-9.

61. Judge, T.A., Erez, A., Bono, J.E. and Thoresen, C.J. (2002) Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control, and generalised self-efficacy indicators of a common core construct. Journal of Personality and Social psychology, 83, 693-710.

62. Kelley, T.L. (1939) Psychological factors of no importance. Journal of Educational Psychology, 30, 139-43.

63. Kim, S.J., Lee, S.J. and Yune, S.K. (2006) the relationship between the biogenetic temperament and character and psychopathology in adolescents. Psychopathology, 39, 80-6.

64. LaRowe, S.D., Patrick, C.J., Curtin, J.J. and Kline, J.P. (2006) Personality correlates of startle habituation. Biological Psychology, 72, 257-64.

65. Larstone, R.M., Jang, K.L., Livesley, W.J. et al. (2002) The relationship between Eysenck's P-E-N model of personality, the five-factor model of personality, and traits denoting personality dysfunction. Personality and Individual Differences, 33, 25-37.

66. Laurent, A., Gilarry, C., Russell, A., and Murray, R. (2002) Personality dimensions and neuropsychological performance in first-degree relatives of patients with schizophrenia and affective psychosis. Schizophrenia Research, 55, 239-48.

67. Livesley, W.J. and Jackson, D.N. (2002) Manual for the Dimensional Assessment of Personality Pathology- Basic Questionnaire (DAPP), Research Psychologist's Press, London.

68. Loranger, A.W. (1999) International Personality Disorder Examination. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL.

69. Lykken, D.T. (1995) The Antisocial Personalities, Lawrence Erlbaum Associates, New York.

70. Lynam, D.R. (1997) Pursuing the psychopath: capturing the fledgling psychopath in nomological net. Journal of Abnormal Psychology, 106, 425-38.

71. Lynam, D.R., Moffitt, T. and Stouthamer-Loeber, M. (1993) Explaining the relation between IQ and delinquency: Class, race test motivation, school failure, or self-control? Journal of Abnormal Psychology, 102, 187-96.

72. Lynam, D.R., Caspi, A., Moffitt, T.E. et al. (2000) The interaction between impulsivity and neighbourhood context on offending: The effects of impulsivity are stronger in poorer neighbourhoods. Journal of Abnormal Psychology, 109, 563-74.

73. Lynam, D.R., Caspi, A., Moffitt, T.E. et al. (2005) Adolescent psychopathy and the Big Five: resulats from two samples. Journal of Abnormal Child Psychology, 33, 431-43.

74. Mardaga, S. and Hansenne, M. (2007) Relationship between Cloninger's biosocial model of personality and the behavioral inhibition/ approach systems (BIS/ BAS). Personality and Individual Differences, 42, 715-22.

75. Marshall, J., Egan, V., and English, M. (2006) The relative validity of psychopathy versus risk/ needs-based assessments in the prediction of adolescent offending behaviour. Legal and Criminological Psychology, 11, 197-210.

76. McCrae, R.R. and Costa, P.T. (1985) Comparison of EPI and psychoticism scales with measures of the five-factor model of personality. Personality and Individual Differences, 6, 587-97.

77. McCrae, R.R. and Costa, P.T. Jr (2004) A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. Personality and Individual Differences, 36, 587-96.

78. McCroskey, J.C., Heisel, A.D. and Richmond, V.P. (2001) Eysenck's big three and communication traits: three correlational studies. Communication Monographs, 68, 360-6.

79. McHoskey, J.W., Worzel, W. and Szyarto, C. (1998) Machiavellianism and psychopathy. Journal of Personality and Social Psychology, 74, 192-210.

80. Miller, J.D. and Lynam, D. (2001) Structural models of personality and their relationship to antisocial behaviour: meta-analytic review. Criminology, 4, 765-98.

81. Miller, J.D., Lynam, D. and Leukefeld, C. (2003) Examining antisocial behavior through the lens of the five factor model of personality. Aggressive behavior, 29, 497-514.

82. MORI. (2003) Glasgow Young People's Survey, 2003. Retrieved 23 July, 2004 (http://www.mori.com/polls/2003/glasgow.shtml).

83. Moutafi, J., Furnham, A. and Crump, J. (2006) What facets of openness and conscientiousness predict fluid intelligence scores? Personality and Individual Differences, 16, 31-42.

84. Mulder, R.T. and Joyce, P.R. (1997) Temperament and the structure of personality disorder symptoms. Psychological Medicine, 27, 99-106.

85. Murray, G., Rawlings, D., Allen, N.B. and Trinder, J. (2003) NEO Five-Factor Inventory scores: psychometric properties in a community sample. Measurements and Evaluation in Counselling and Development, 36, 140-9.

86. Noller, P., Law, H. and Comrey, A.L. (1987) The Cattell, Comrey, and Eysenck personality factors compared: some evidence for five robust factors? Journal of Personality and Social Psychology, 53, 775-82.

87. Norman, W.T. (1963) Toward an adequate taxonomy of personality attributes: replicated factor structure in peer nomination personality ratings. Journal of Abnormal and Social Psychology, 66, 574-83.

88. Ozer, D. and Benet-Mart?ns, V. (2006) Personality and the prediction of consequential outcomes. Annual Review of Psychology, 57, 401-21.

89. Paulhus, D.L. and Williams, K. (2002) The dark triad of personality: narcissism, Machiavellianism, and Psychopathy. Journal of Research in Personality, 36, 556-68.

90. Raine, A. and Jones, F. (1987) Attention, autonomic arousal, and personality in behaviorally disordered children. Journal of Abnormal Child Psychology, 15, 583-99.

91. Raine, A. (1997) Classical conditioning, arousal and crime: a biosocial perspective, in The Scientific Study of Human Nature (ed. H. Nyborg), Pergamon, Oxford.

92. Roger, D. and Morris, J. (1991) The internal structure of the EPQ scales. Personality and Individual Differences, 12, 759-64.

93. Salekin, R.T., Neumann, C.C., Lestico, A.R. et al. (2004) Psychopathy and comorbidity in an offender sample: taking a closer look at the potential importance of psychopathy over disruptive behavioural disorders. Journal of Abnormal Psychology, 113, 416-37.

94. Salekin, R.T., Leistico, A.-M.R., Trobst, K.K. et al. (2005) Adolescent psychopathy and personality theory- the interpersonal circumplex: expanding evidence of nomological net. Journal of Abnormal Child Psychology, 33, 445-60.

95. Samuels, J., Bienvenu, J., Cullen, B. et al. (2004) Personality dimensions and criminal arrest. Comprehensive Psychiatry, 45, 275-80.

96. Saucier, G. (1998) Replicable item-cluster subcomponents in NEO five-factor inventory. Journal of Personality Assessment, 70, 263-76.

97. Saucier, G. and Goldberg, L.R. (2001) Lexical studies of indigenous personality factors: premises, products and prospects. Journal of Personality, 69, 847-79.

98. Saulsman, L.M. and Page, A.C. (2004) The five-factor model and personality disorder empirical literature: a meta-analytic review. Clinical Psychological Review, 23, 1055-83.

99. Schmitt, D.P., Allik, J., McCrae, R.R. and Benet-Mart?nez, V. (2007) The geographic distribution of Big Five personality traits: patterns and profiles of human self-description across 56 nations. Journal of Cross-Cultural Psychology, 38, 173-212.

100. Shiner, R. and Caspi, A. (2003) Personality differences in childhood and adolescence: measurement, development and consequences. Journal of Child psychology and Psychiatry, 44, 2-32.

101. Skeem, J.L., Miller, J.D., Mulvey, E. et al. (2005) Using a five-factor lens to explore the relation between personality traits and violence in psychiatric patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73, 454-65.

102. Stanford, M.S., Houston, R.J., Villemarette-Pittman, N.R. and Greve, K.W. (2003) Premeditated aggression: clinical assessment and cognitive psychophysiology. Personality and Individual Differences, 34, 773-81.

103. Stewart, M.E., Ebmeier, K.P. and Deary, I.J. (2004) The structure of Cloninger's tridimensional personality questionnaire in a British sample. Personality and Individual Differences, 36, 1403-18.

104. Stewart, M.E., Ebmeier, K.P. and Deary, I.J. (2005) Personality correlates of happiness and sadness: EPQ-R and TPQ compared. Personality and Individual Differences, 38, 1085-96.

105. Tackett, J.L. (2006) Evaluating models of the personality-psychopathology relationship in children and adolescents. Clinical psychology Review, 26, 584-99.

106. Tellegen, A. (1982) A Brief Manual for Multidimensional Personality Questionnaire. Unpublished manuscripts, University of Minnesota.

107. Tellegen, A. and Waller, N.G. (1992) Exploring Personality Through Test Construction: Development of Multi-dimensional Personality Questionnaire (MPQ). Unpublished manuscripts. Department of Psychology. University of Minnesota.

108. Trapnell, P. and Wiggins, J.S. (1991) Extension of the interpersonal adjective scales to the Big Five dimensions of personality. Journal of personality and Social Psychology, 59, 781-90.

109. Walters, G.D. (1995) The psychological inventory of criminal thinking styles, Part I: Reliability and preliminary validity. Criminal Justice and Behaviour, 22, 307-25.

110. Warr, M. (2002) Companion in Crime, Cambridge University Press, Cambridge.

111. Watson, D. and Clark, L.A. (1984) Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. Psychological Bulletin, 96, 465-90.

112. Wiggins, J.S. and Pincus, A.L. (1989) Conceptions of personality disorders and dimensions of personality. Psychological Assessment, 1, 305-16.

113. Wood, J. and Newton, A.K. (2003) The role of personality and blame attributions in prisoners' experiences of anger. Personality and Individual Differences, 34, 1453-65.

114. Woody, E. and Claridge, G. (1977) Psychoticism and thinking. British Journal of Social and Clinical Psychology, 16, 241-8.

115. Zillmann, D. and Weaver, J.B. (1997) Psychoticism in the effect of prolonged exposure to gratuitous media violence on the acceptance of violence as a preferred means of conflict resolution. Personality and Individual Differences, 22, 613-27.

116. Zuckerman, M. (1992) What is a basic factor and which factors are basic? Turtles all the way down. Personality and Individual Differences, 13, 675-81.

117. Zuckerman, M. (1994) Behavioral Expression and Biosocial bases of Sensation Seeking, Cambridge University Press, New York.

الفصل الخامس

النرجسية

كارولين لوجان

مستشفي أشورث، المملكة المتحدة

ما النرجسية؟

مقدمة:

للنرجسية، من صورتها الصحية فى أفراد لا تماس لهم بالخدمات الإكلينيكية إلى الصورة المرَضية فى اضطراب الشخصية النرجسية، حيث يكون التماس مع الطب النفسى والقضاء الجنائى أكثر احتمالا، تاريخ طويل وفاتن. منذ انعطافة القرن العشرين، تم تنشيط مجال الصحة الذهنية وإرباكه بآراء متضاربة بشأن تطور النرجسية ووضع مفاهيم لها، والوصف الإكلينيكى للأشكال المرضية، وتمييزها من الحالات الإكلينيكية الأخرى المرتبطة بها، وعلاجها، وتأثيرها على علاج الحالات الأخرى (71). فى آخر ٥٦ سنة، أدخلت الطبعات المتتابعة من الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات الذهنية (2 و3 و4 و5) اتساقا رائعا فى تحديد اضطراب الشخصية، بما فى ذلك اضطراب الشخصية النرجسية. لكن النرجسية مفهوم ثرى وواسع ومفعم

بالمعانى يتجاوز ارتباطه ونتائجُه بالنسبة للممارسة الإكلينيكية مجموعةً محدودة من المعايير التشخيصية (34)؛ أى يبقى الكثير بشأن الأهمية الإكلينيكية للنرجسية، بالنسبة للأداء الشخصى وتقدير الذات وتنظيم الوجدان، غير معروف نسبيا (101). إضافة إلى ذلك، بينما يوجد الآن اتفاق عريض بشأن العلاقة بين النرجسية والعنف، فإن ارتباط النرجسية المرَضية بتقييم الخطر وعلاجه غير مستكشف إلى حد بعيد.

يسعى هذا الفصل إلى فحص العلاقة بين النرجسية والعنف وتفسير الارتباط المحتمل للنرجسية بتقييم الخطر وبخطة علاجه. ومن ثم، يبدأ هذا الفصل بوصف مفهوم النرجسية، وتاريخها، والرأى الحالى بشأن أنواعها الطبيعية والمرَضية وأصولها. إضافة إلى ذلك، نتناول أوجه التماثل والاختلاف بين النرجسية المرَضية ومفهوم السيكوباتية، واضعين فى الاعتبار وجود تداخل لافت بين الحالتين. وتؤسس هذه النظرة العامة للجزء التالى من الفصل، وهو مراجعة لما هو مفهوم حاليا بشأن العلاقة بين النرجسية والعنف. ويلى ذلك التوجيه العملى فى تقييم النرجسية بهدف تقييم الخطر، مصحوبا باختبار عمليات تقييم الخطر وعلاجه مع زبائن نرجسيين لهم تاريخ فى العنف. ثم نناقش خيارات العلاج النفسى للنرجسية المرَضية، وينتهى الفصل بعبارة عن الاتجاه المستقبلى للبحث والممارسة الإكلينيكية، خاصة مع زبائن فى إصلاحيات ومواضع للطب النفسى الشرعى.

أصول مفهوم النرجسية:

فى قصة إيكو ونرجس، يربط أوفيد بين مفاهيم اللذة الجسدية، وحب الذات، وعدم المشاركة الوجدانية، والموت (63). كان نرجس طفلا فائق الجمال وُلِد من اغتصاب إله النهر سيفسيوس Cephisus للحورية ليريوب Liriope. تنبأ العرَّاف تريزياس Tiresias الأعمى بأن الطفل سيعيش حياة طويلة بهذا الجمال الكامل "إلا إذا عرف نفسه" (66، ص ٧٤). كبر نرجس وصار شابا مغرورا وقاسيا، شد اهتمام الكثيرين، وبقى بعيدا. ذات يوم، رأته الحورية إيكو يصطاد فى الجبال. سيطرت عليها الرغبة فى نرجس

وأعلنت ذلك له، لكن رفضه كان واضحا ووحشيا، صرخ: "لا، لا أموت للتو ولا تلمسيني" (66، ص ٧٧). أصيبت إيكو بالذهول، وتلاشت، ولم يبق منها إلا صوتها. انتقاما لإيكو، دعت صديقاتها نمسيس، ربة الانتقام، وطلبن أن يقع نرجس في حب لا طائل من ورائه، وأن يعاني كما عانت إيكو. لبت نمسيس الدعاء. وحين ذهب نرجس للصيد بعد ذلك، وصل إلى بركة رائعة من المياه، رأى فيها انعكاس وجهه وجسمه، ووقع في الحب للمرة الأولى- والوحيدة. وكان حب نرجس مصدر عذاب- لم يعرف أن الصورة صورته، وأصيب بالكرب حين كان سطح الماء يعوق تقدمه إلى الشاب الجميل. في النهاية، أدرك نرجس أن الصورة التي في البركة صورته. عاجزا عن إشباع حبه، دمره الأسى، ودعا نرجس الموت ليأخذه بسرعة "حيث لا يوجد ألم" (66، ص ٨٢).

توضح قصة نرجس المأزق الذي يمثله حب الذات، وهي الحالة التي عُرِفتْ بالنرجسية (63). من ناحية أخرى، يمكن للنرجسي أن يهيمن على عالم هائل من حب الذات، ويكمل الأنانية حيث يكون مغزى عاطفة الآخرين في أضأل صورة؛ يعزز النرجسي حالة الكمال الفائق منقطع النظير، لكنه في النهاية يكون وحيداً بدون إشباع، ولا يشعر بالراحة مع أحد، ولا في أي مكان[١]. من ناحية أخرى، قد يخاطر النرجسي بحثًا عن المعرفة والقرب والاعتماد المتبادل مع الآخرين. لكن التكلفة تتمثل في التخلي عن هذه الذات الكاملة، لأن الاقتراب من الآخرين بهذه الطريقة يعني مواجهة عدم الاكتمال، والقيام بتسويات للمشاركة في ارتباط ذي معنى، ومشجعٍ في النهاية، والحفاظ على استمراره. تتضمن نبوءة تريزياس بهذا المأزق: ليبقى نرجس على قيد الحياة، عليه التسامي عن حب الذات الكاملة من أجل حب الآخرين. لكن نرجس لم يفعل ذلك فمات.

(١) تشير الجملة إلى النرجسي أو النرجسية، وهو ما يتكرر كثيرا في الأصل الإنجليزي، وتشير الترجمة عموما إلى النوعين باستخدام المذكر، وفي حالة المؤنث تستخدم صيغة التأنيث، وفي حالة الذكور فقط تحلق الصفة أو الاسم بما يحدد أنهم من الذكور.

كيف تأتّى لأسطورة نرجس أن تمثل بنية سيكولوجية ثابتة؟ خلّدت الأسطورة، واستُكْشفَت، وفُسِّرتْ، وأعيد تفسيرها، عبر القرون، وفى الحقيقة لآلاف السنين فى الفن والأدب. على سبيل المثال، تم الكشف عن لوحة جدارية لنرجس، مسحورا بانعكاس صورته، فى منزل فى بومبى، وترجع اللوحة للقرن الأول الميلادى(٢). توجد صور بسيطة من القرون الوسطى لنرجس معجبا بصورته فى النبع (على سبيل المثال، نرجس فى الينبوع، زخرفة لكتاب **"قصة الوردة"** من تأليف جولوم دى لورى وجان دى ميون ، باريس، ١٤٠٥)، سبقت لوحات القماش الدرامية التى لا تزال شعبية، التى رسمها كرافاجيو (**نرجس**، ١٥٩٧-١٥٩٩)، وبوسين (**إيكو ونرجس**، ١٦٢٨-١٦٣٠)، وترنر (**نرجس وإيكو**، ١٨٠٨)، وفى القرن العشرين جون وليم ترهاوس، وهو رسام قبل رفائيلى (**إيكو ونرجس**، ١٩٠٣) والسريالى سيلفادور دالى (**مسخ نرجس** The Metamorphosis of Narcissus، ١٩٣٧)(٣). فى الأدب، لا تزال القصة حية فى الكتاب الذى لا يزال شائعا لأوفيد "مسخ الكائنات" (كتب بين السنة الثانية والسنة الثامنة ميلادية؛ انظر (66))(٤)، وفى نصوص أوروبية، على سبيل المثال، كتبها كلدرون دى لا بركا (إيكو ونرجس Eco y Narciso، ١٦٦١) وجان جاك روسو (**نرجس أو عاشق نفسه**، ١٧٤٢)(٥). وفى الأشكال المجازية، ثم استكشفت الأسطورة منذ ذلك الوقت شخصيات متنوعة مثل موتسارت Mozart (**دون جيوفانى** Don Giovanni، ١٧٨٨)،

---

(٢) بومبى Pompeii: مدينة قديمة فى جنوب إيطاليا.

(٣) قصة الوردة Roman de la Rose: قصيدة بدأها جولوم دى لورى Guillaume de Lorris، وهو شاعر فرنسى من القرن الثالث عشر، وأكملها جان دى مين Jean de Meun، وهو مؤلف فرنسى مات فى أوائل القرن الرابع عشر. كرافاجيو :(1571-1610) Caravaggio رسام إيطالى. بوسين Poussin (1594-1665): رسام فرنسى. ترنر :(1775-1851) Turner رسام بريطانى. جون وليم وترهاوس Waterhouse (1849-1917): رسام بريطانى. سيلفادور دالى Dali (1904-1989): رسام إسبانى.

(٤) يمكن الرجوع إلى الترجمة العربية، ثروت عكاشة، "مسخ الكائنات"، طبعات متعددة.

(٥) كلدرون دى لا بركا Calderon de la Barca (1600-1681): كاتب إسبانى. جان جاك روسو Rousseau (1712-1778): الفيلسوف الفرنسى.

وستندال (الأحمر والأسود Le Rouge et la Noir، ١٨٣٠)، ودوستوفيسكى (**القرين**، ١٨٤٦)، ووايلد (**صورة دوريان جراى**، ١٨٩١)، وفى وقت أحدث، نورمان ميلر Mailer (**أغنية الجلاد** The Executioner's Song، ١٩٧٩)، وألفريد جلينيك Jelinek (**مدرس البيانو** The Piano Teacher، ١٩٨٣)، وبرت إيستون إليس Ellis (**سيكو أمريكى** American Psycho، ١٩٩١). وترسم هذه الصور وصور أخرى كثيرة بعض أوجه النتائج المرعبة للإفراط فى حب الذات أو الحب الأنانى. وتسبب الانتشار المستمر للأسطورة التى تتضمن هذه النتائج فى التقدم النهائى لنرجس من أيقونة ثقافية إلى كينونة إكلينيكية، ربما تكون حتمية.

أشار الاستخدام الأول لمفهوم النرجسية فى الطب النفسى إلى نزعة "تشبه نزعة نرجس" لتحويل المشاعر الجنسية إلى إعجاب بالذات (39، ص ٢٨٩: ١٠١). وبعد ذلك استخدم ناكى N?cke (92) كلمة "نرجسية" للإشارة إلى انشغال المرء بمنظر جسده ولذاته بطريقة تستخدم عادة للتعبير عن الإعجاب بالآخرين. وهكذا اعتبر ناكى النرجسية اضطرابا فى الاهتمام الجنسى، ممهِّداً الطريق لفرويد لتجسيد المفهوم فى نظرياته عن نمو النشاط الجنسى والشخصية. عموما، رأى فرويد النرجسية باعتبارها اختيار الذات موضوعًا للاهتمام الليبيدى، مرحلةً طبيعية، أو وجها طبيعيا، من أوجه النمو. وتصبح النرجسية إشكالية حين يفشل الفرد فى التطور من هذه المرحلة، وهذا التوقف فى النمو هو الذى يولِّد الأشكال المَرَضية من النرجسية فى البالغين (47)، حيث ترتبط الصور الإكلينيكية أساسًا بمشاكل فى الارتباطات وفى السلوك الجنسى.

على مدار القرن العشرين، تعرضت النرجسية كمفهوم سيكولوجى إلى قدر هائل من الدراسة والتطبيق (انظر (101) للاطلاع على مراجعة شاملة). بإيجاز، ساد منظور التحليل النفسى بداية التفكير فى المفهوم، مع استكشافه فى الأحلام والعلاج النفسى (على سبيل المثال، (48)؛ (106)؛ (116)). استكشف فرويد، وبعد ذلك هورنى Horney (64) ورايش Reich (95) ، العلاقة بين النرجسية وتنظيم تقدير الذات بالتفصيل، بربط الفشل فى هذا التنظيم بالاكتئاب وتوهم المرض. وقرب منتصف

القرن، بدأ الاهتمام يتجه إلى تعريف "الأنواع" المختلفة من الشخصية النرجسية، وظهرت اختيارات متنوعة كثيرة جدا. على سبيل المثال، حدد فرويد النوع الليبيدى النرجسى، بينما وصف رايش **الشخصية النرجسية القضيبية** (96). وافترض مورى، انطلاقا من التيمة الشعبية عن النشاط الجنسى، **عقدة إيكاروس** ***Icarus complex*** كما توجد فى مَنْ اعتادوا مطاردة أهداف يستحيل تحقيقها (91). وفى ستينيات القرن العشرين بدأ ظهور فهم متماسك وواضح للنرجسية. صاغ كرنبرج Kernberg، وهو لا يزال يعمل فى إطار منظور التحليل النفسى، بنية الشخصية النرجسية (69)، وبعد ذلك ببضع سنوات، وضع كوهت أول تفسير شامل لاضطراب الشخصية النرجسية الذى ظهر فيه تشوش تقدير الذات بشكل بارز (76). وبدأ بعد ذلك استكشاف بعض الوضوح فى مفهوم الجرح النرجسى (52) ومفهوم الغيظ النرجسى (77) باعتبارهما آلية يمكن بواسطتها ربط النرجسية بالعنف. ومنذ سبعينيات القرن العشرين، استمر النقاش حول نماذج الشخصية النرجسية (على سبيل المثال، (23)؛ (87))، رغم سيادة اضطراب الشخصية النرجسية، كما عرفته نسخ الدليل الأمريكى DSM ووجه الممارسة الإكلينيكية الروتينية، فى السياق العام. وفى وقت أحدث، حظى تزامن العلل، أو التداخل الإكلينيكى، أو تداخل المفاهيم بين اضطراب الشخصية النرجسية وحالات مشابهة مثل اضطراب الشخصية الحدية (70) والسيكوباتية (121)، باهتمام متزايد مؤسس على المعرفة مقابل تصورات التحليل النفسى للحالة وعلاجها (على سبيل المثال، (11)؛ (100)؛ (123)).

النرجسية الطبيعية والنرجسية المرَضية:

بالاتساق مع نماذج الأبعاد المعاصرة للشخصية، يُفترَض أن للنرجسية تحفيز تكيفى طبيعى، كما توجد منها أنواع غير متكيفة وغير طبيعية (101 و 114). ويقترح كوهت Kohut (77) أن "هذا الخط المستقل من التطور، من البدائى إلى الأكثر نضجًا وتكيفا وقابلية للحياة ثقافيا" من أهم النقاط التى يجب التأكيد عليها فى القطاع

النرجسى من الشخصية (ص ٣٦٢). والأوجه الأساسية للنرجسية، المؤكدة فى كل تغير من الطبيعى إلى غير الطبيعى، هى (أ) الخاصية، تماسك رأى الفرد فى الذات واستقراره، (ب) التنظيم الوجدانى، المرتبط بتنظيم تقدير الذات، (ج) الاستثمار النفسى والانفعالى فى الآخرين وطبيعة التفاعلات مع الآخرين وخاصيتها (101). ونصف الآن الأداء الطبيعى للحالة النرجسية، متبوعا بتنوعاتها الأكثر تطرفا بشكل تصاعدى.

إن **النرجسية الصحية أو الطبيعية** أساسية (71). ويرى ستون Stone (112) أن النرجسية الطبيعية تخدم عدداً من الوظائف المهمة. أولا، يجب أن يكون لدى الأفراد اعتبار كافٍ لأمنهم وأمانهم الجسدى لتحفيز أنفسهم لتجنب الخطر، والاستجابة بشكل مناسب للتهديد- أفعال متسقة مع الحفاظ على الذات. ثانيا، يجب أن يكون لديهم اعتبار كاف للإدراك الذاتى للتفاعل بشكل منصف مع الآخرين وتجنب التعرض للقهر أو الاستغلال. ومن ثم تكون تقييمات الذات فى الفرد الذى تكون نرجسيته طبيعية، أو فى المستوى الصحى، واقعية عموماً ويستخدم استنكار الآخرين فرصة لتوسيع القدرات لا سبباً لنبذهم- تقدير الفرد لذاته منظم (101). ولا تكون مشاعر مثل الزهو والحسد والخجل والدونية والخزى والشعور بالذنب بارزة بصورة مفرطة، وحين توجد تكون محتملة وتستجيب بشكل مناسب؛ وتكون معالجة هذه المشاعر بالأساس فى حدود سيطرة الفرد. ويمثل مثل هذا الإنجاز وجدانا منظَّمًا (101). أخيرا، تمثل العلاقات الشخصية حفظ الذات بشكل مناسب وجيد، واعتبار الذات والاستحقاق؛ يشعر ذوو المستويات الصحية من النرجسية بالمشاركة الوجدانية والشفقة تجاه الآخرين، كما يتمتعون بالقدرة على الانتماء للآخرين والارتباط بهم (101). وهكذا يحقق الفرد توازنا واقعيا بين المُثل الممكنة والقدرة الفعلية. بهذه الطريقة، يكون اعتبار الذات والاستحقاق بشكل معتدل أساسيان لمفهوم صحى للذات والعلاقات الشخصية العملية.

يتتبع رونينجستام Ronningstam (101) انهيار النرجسية الصحية وتحولها إلى أنواع مرَضية. بين النرجسية الصحية والمرَضية **نرجسية متضخمة أو فائقة**. فى هذه

الصورة للشخصية، يرتبط اعتبار مرتفع للذات، وإحساس متضخم باستحالة الإيذاء واستحالة التدمير، بإنجاز حقيقى وغطرسة وكاريزما. وترتفع أيضا الثقة فى الذات وتتضخم القدرة على المخاطرة. ويتم الإحساس بالمشاعر القوية وتستخدم لتحقيق غايات أو أهداف إبداعية أو وظيفية. يعمل الاستحقاق المرتفع فى تناغم مع القدرة على مواجهة الغايات الاستثنائية والقيادة والرسالة السامية. وترتفع كون المثل والمعايير والإنجازات عادة. ومن ثم، ترتبط النرجسية الفائقة بقدرة حقيقية، وتقدير مرتفع للذات بشكل مفهوم- وقد يكون مبرراً- وأداء ملائم عموما. يكون تقدير الذات والوجدان منظمين غالبا، وتكون العلاقات الشخصية مقبولة عموما، رغم أنها قد تمثل تغيراً وصراعاً ودراما أكثر عموماً مما تبدو فيمن تكون نرجسيتهم فى الحدود الطبيعية. لكن خطر انتهاك حقوق الآخرين سعيا وراء إنجازات الفرد الخاصة واهتماماته ورغباته وحقوقه يرتفع مع ذوى المستويات الفائقة من النرجسية.

يكمن معظم اهتمام الإكلينيكيين بعالم **النرجسية المرَضية** (71)، وهو الحال نفسه بشكل خاص فى الطب الشرعى. وكثيراً ما تُستخدَم مصطلحات النرجسية المضطربة والنرجسية المرَضية واضطراب الشخصية النرجسية بالتبادل كما لو كانت تشير إلى كيان واحد (101). لكن بعض التفسير- والتمييز- مطلوب.

يتميز المستوى المرَضى من النرجسية، عموما، بعيوب فى كل المجالات الأساسية. تنظيم تقدير الذات ضعيف لأن الأفعال موجهة باتجاه حماية ذات متعاظمة ومنتفخة، لكنها فى النهاية هشة وغير مستقرة، ودعم هذه الذات. ويتعرض تنظيم الوجدان لصعوبات فى تقدم المشاعر وتشكيلها، وخاصة الغضب والخجل والحسد. وتختل العلاقات الشخصية عموما لأنها تُستخدَم لحماية التقدير الذاتى للفرد وتعزيزه على حساب التواصل والمودة المتبادلين (101). يتحدد المدى المرَضى بحدة كل من الاضطراب والنتائج- الدلالة الإكلينيكية على الاعتلال الذى حدث- وهيمنة العدوانية على الخجل. وحين يكون مستوى النرجسية المرَضية أقل حدة، حين تكون مؤقتة، أو محددة أكثر بمواقف، ولا يكون الأداء الشخصى المعتاد والعلاقات الشخصية و/ أو

الأداء الوظيفى مختل بشكل لافت، قد تشير الصورة إلى "اختلال نرجسى" أو "نرجسية مضطربة" أو "سمات نرجسية" (101). وفى هذا المستوى يوجد تقلب وتذبذب بين أداء النرجسية الفائقة والمرَضية. وتوجد هذه التقلبات باستمرار، ويمكن للتواجد المشترك للأوجه الصحية والمرَضية، والتفاعل المتضافر بينها أن يجعل التحديد والفهم يمثلان تحديا (75 و 118).

حين يكون مستوى النرجسية المرَضية أكثر حدة، ربما يستخدم المصطلح التشخيصى "اضطراب الشخصية النرجسية" للإشارة إلى اختلال وظيفى مستمر ومتفشٍ تنطبق عليه معايير الدليل الأمريكى DSM لاضطراب بالاسم ذاته. يشير اضطراب الشخصية النرجسية إلى تشوهات معينة فى بنية الشخصية. التقدير الذاتى غير متسق، وهش ومستمر بعمليات دفاعية وعمليات تنظيمية معبرة ومدعمة بشكل مرَضى. ويتأثر تنظيم الوجدانى بمشاعر الغيظ والخجل والحسد، وتضعف القدرة على المشاركة الوجدانية والالتزام تجاه الآخرين. يذكر النص المعدل من النسخة الرابعة للدليل الأمريكى (6) أعراض اضطراب الشخصية النرجسية على النحو التالى:

> نمط متفشٍ من التعاظم (فى المخيلة أو السلوك)، والحاجة إلى الإعجاب، وعدم المشاركة الوجدانية، يبدأ فى وقت مبكر من مرحلة البلوغ ويوجد فى سياقات متنوعة، كما يحدد ذلك خمسة أو أكثر مما يلى: (1) إحساس متعاظم بالأهمية الذاتية (على سبيل المثال، يضخم إنجازاته ومواهبه، ويتوقع الاعتراف بتفوقه دون إنجازات مقابلة)؛ (2) مشغول بفنتازيات النجاح غير المحدود، أو القوة، أو التألق، أو الجمال، أو الحب المثالى؛ (3) يؤمن بأنه "متميز" وفريد ولا يمكن فهمه، أو ينبغى أن يتواصل معه أناس (أو مؤسسات) آخرون متميزون ورفيعو المستوى؛ (4) يحتاج إلى إعجاب مفرط؛ (5) لديه شعور بالاستحقاق، أى توقعات غير معقولة لتعامل تفضيلى بصورة خاصة، أو طاعة تلقائية لتوقعاته؛

(6) مستغل للآخرين ، أي يأخذ مزايا الآخرين لتحقيق غاياته؛ (7) يفتقر إلى القدرة على المشاركة الوجدانية؛ لا يريد التعرف على مشاعر الآخرين واحتياجاتهم، أو تمييزها؛ (8) كثيراً ما يكون حسودا للآخرين أو يؤمن بأن الآخرين يحسدونه؛ (9) يظهر سلوكيات أو مواقف متغطرسة ومتعجرفة.

يُعتقد أن اضطراب الشخصية النرجسية كما عُرِّف يصيب أقل من ١٪ من السكان، ويوجد بمعدل من ٢٪ إلى ١٦٪ في العينات الإكلينيكية (6). في الجناة في انجلترا، شُخِّص اضطراب الشخصية النرجسية في ٦٪ من السجينات، ٧٪ من الذكور المحكوم عليهم، ٨٪ من الذكور المحبوسين احتياطيا (109)، رغم وجود معدل انتشار أعلى- ٢٥٪- في عينة من الجناة من الذكور الإنجليز المصابين باضطرابات ذهنية (18). يبدو أن معدل الانتشار ينخفض مع العمر، رغم تسجيل هذه النتيجة إلى حد بعيد في عينات غير إكلينيكية فقط (46). واضطراب الشخصية النرجسية أكثر شيوعا في الرجال بشكل دال من النساء (6)، ولا يعتقد أن انتشاره يختلف عبر العِرْق أو المجموعات الإثنية أو الثقافة (26).

وراء النص المعدَّل من النسخة الرابعة من الدليل الأمريكي، يوجد بعض الدعم الإكلينيكي والإمبريقي لوجود عدد من الأنواع الفرعية لاضطراب الشخصية النرجسية (101): (1) النوع المتغطرس الغافل؛ (2) النوع الخجول المتيقظ؛ (3) النوع النرجسي السيكوباتي. يحدد كوبر Cooper وآخرون (33) النوعين الأولين بشكل أكثر دقة، ويشيرون أيضاً إليهما بالنرجسية الصريحة والنرجسية الخفية، وهو تمييز استكشفه أيضًا وينك Wink (122) في صورة النوع الاستعراضي المتعاظم والنوع الهش الحساس. وحظي النوع النرجسي السيكوباتي أيضًا بكثير من الاهتمام، لكن بشكل منفصل إلى حد ما عن النوعين الأولين.

يتجلى "النوع المتغطرس من النرجسية المرَضية" بتقدير ذاتي منتفخ وهش مع إحساس داخلي بالتفوق والتفرد؛ يكون أنانيا بشكل متأصل ومتعجرفا وذا استحقاق

ومتبجحا ومدَّعيا (102). يُستقبَل النقد بشكل سلبى لأنه يتضمن النقص، مما يهدد بمشاعر الخجل أو الخزى (71). وتُستخدم فنتازيات العظمة لدعم التقدير الذاتى وتعزيزه، وفى النهاية حمايته وجعله مستقرا (102). يتم الشعور بالفعل بمشاعر الخجل والخزى، وأيضًا الغضب والحسد، وتميل ردود الأفعال على هذه المشاعر، وعلى مصدرها وسببها، إلى التطرف، وقد تشمل العنف (90). تعكس الاختلافات فى المزاج عدم استقرار التقدير الذاتى. يُستخدَم الآخرون لحماية التقدير الذاتى الهش للنرجسى المتغطرس- ويُستخدَم آخرون لتعزيز التقدير الذاتى من خلال طلبات الإعجاب والاستحسان إن لم يكن الإلحاح فى طلبها، ومن خلال تشويه سمعتهم أيضًا، مما يُشعِر النرجسى بالقوة والتحكم والتفوق فى النهاية.

فى المقابل، يكون الفرد فى "النوع الخجول من النرجسية المَرضية" مكبوحًا وخجولا وسريع الامتعاض (101). لا تُحدُّ مشاعر الخجل فقط من التعبير الصريح عن العظمة، لكنها تُحِدُّ أيضًا من ملاحقة الفرص والقدرات الحقيقية. ويبقى الإيمان بالذات قويا، ويشترك الفرد فى الإحساس بالتفرد الواضح مع النرجسيين المتغطرسين. لكن بينما النرجسى المتغطرس واثقٌ اجتماعيًا، مشاركٌ مهنيًا، عدوانى صراحةً، ويبحث بنشاط عن الإشباع النرجسى والتعزيز الذاتى، فإن النرجسى الخجول ملتزم فى هذه المجالات كلها. يستمر التقدير الذاتى للنرجسى الخجول أساسًا باستخدام فنتازيات العظمة التى تعوض أوجه القصور الواضح. يتم الشعور بالنقد فعليا، ويتم التحكم فى المشاعر وإخفاؤُها، مما يوحى بهشاشة شديدة. إضافة إلى ذلك، يكون توهم المرض أكثر وضوحًا. يتم الترحيب بالانتباه من الآخرين، أو يُسعَى إليه، على عكس النوع المتغطرس، ويُكبَح النرجسى الخجول فى محاولاته للمودة مع الآخرين خوفًا من النقد والرفض، وتعزز تلك العزلة مشاعر عدم الكفاءة. وتختل قدرته على المشاركة الوجدانية، والتعهد الحقيقى تجاه الآخرين، والتعهدات التى يسمح بها هو نفسه محدودة نتيجة قوة مشاعر الحسد. وقد يشعر النرجسى الخجول بالإثم والندم، ومن النادر أن يشعر بهما النرجسى المتغطرس، لكن السطحية والحسد، والعجز عن الاهتمام بالآخرين بشكل أصيل ومتسق، يتسبب فى الأنواع الأخرى من الخلافات مع الآخرين ونبذهم.

ويكون المزاج عكرا وكئيبا، مع التشاؤم والامتعاض، وعدم الشعور بالرضا، والحنين للهيمنة وانتظارها (1 و 122). من السهل إهمال النوع الخجول من النرجسية المَرضية، ومن الصعب بكثير تحديده أو تقييمه مقارنة بالنوع المتغطرس (101)، ربما لأن هذا النوع من النرجسية المَرضية لم يخضع للمستوى نفسه من المناقشة والتدقيق الإمبريقى، المستوى الذى خضع له النوع المتغطرس. ورغم ذلك، للنوع الخجول قدر مشترك كبير من الباثولوجى مع النوع المتغطرس، ويمكن أن تكون نتائج الاضطراب مزعجة بقدر مساوٍ.

يشترك النرجسى السيكوباتى فى الكثير مع النرجسى المتغطرس، رغم هيمنة الإحساس المتعاظم بالاستحقاق الذاتى، والسلوك الاستغلالى، والحسد، وعدم الالتزام، وضعف القدرة على المشاركة الوجدانية، أو عدم وجودها، فى النوع الأول. يسجل رونينجستام (101) خصائص أخرى للنرجسى السيكوباتى شائعة فى هذا النوع على النحو التالى: التوتر وتفاعلات الغيظ (90)، الوجدان المتحجر وأسلوب خداع الآخرين (58)، عدم الشعور بالذنب أو الندم (58)، السادية تجاه الآخرين (72)، والعنف (10) والإجرام (54). يستخدم كرنبرج (72) تعبير "النرجسية الخبيثة" للإشارة إلى الصورة المَرضية للنرجسى والمضادة للمجتمع فى الوقت ذاته، حيث يكون العنف المبرر ذاتيا والسادية البشعة والإغواء الذاتى فى خدمة التقدير الذاتى الهش جدا وغير المستقر. ورغم ذلك، إلى أى مدى تشكل هذه الخصائص نوعا مختلفا عن النوع المتغطرس من النرجسية المَرضية- أم أن الاختلاف اختلاف فى الحدة؟

تميز تصورات حديثة للبنية الإكلينيكية للسيكوباتية بين النوعين الأوَّلى والثانوى (انظر (93) للاطلاع على مراجعة شاملة). يؤكد مفهوم السيكوباتية الأولية على النقص الوجدانى، وهو تكوينى، والأسلوب الشخصى المضلل والمخادع بوضوح، والعدوانية، والعداء، والاندفاع (14 و 68). إضافة إلى ذلك، يكون السيكوباتى الأوَّلى انبساطيا وواثقًا ومهيمنًا ومنخفض القلق. وتؤكد السيكوباتية الثانوية، فى المقابل، على الخلل الانفعالى، الذى يعتمد على التعليم النفسى الاجتماعى المبكر، وعلى القلق الاجتماعى

الخفى، والانعزال، والتبعية، والميل للخجل، والحساسية، إضافة إلى الغضب وردود الأفعال المتطرفة (14 و68 و122). وعلى عكس السيكوباتى الأولى، يمكن أن يشعر السيكوباتى الثانوى بالمشاركة الوجدانية، ويمكن أن ينشِّط الرغبة فى أن يقْبله الآخرون. وللتمييز بين الأوَّلى والثانوى نتائج تتعلق بتشكيل السلوك: "كثيرا ما يعمل السيكوباتى الأوَّلى بشكل هادف ومباشر ليضخم مكسبه أو استثارته إلى أقصى حد، بينما يعمل السيكوباتى الثانوى انطلاقا من انفعالات من قبيل الكراهية والانتقام، غالبا فى رد فعل للظروف التى تفاقم صراعه العصابى" (111، ص ٥٢٠). يعكس السيكوباتى الأوَّلى الكثير من خصائص النوع المتغطرس من النرجسية المرَضية- بينما يعكس السيكوباتى الثانوى النوع الخجول- لكن يبدو الاختلاف اختلافًا فى الحدة أكثر مما يبدو اختلافًا فى النوع. ويمكن، من ثم، أن يكون النوع السيكوباتى من النرجسيين، بدل أن يكون نوعا ثالثا من النرجسية المرَضية- من اضطراب الشخصية النرجسية- شكلا أكثر تطرفا أو شكلا خبيثا من الاضطراب. وتشبه أكثر صور النوع المتغطرس من النرجسية المرَضية تطرُّفًا أوصاف السيكوباتية الأوَّلية، بينما تشبه أكثر صور النوع الخجول تطرفا أوصاف السيكوباتية الثانوية.

لأسباب غير واضحة، تطورت أدبيات النرجسية والسيكوباتية بشكل منفصل تماما (60). تنتمى أدبيات النرجسية عموما إلى مجال التحليل النفسى، إضافة إلى الطب النفسى الإكلينيكى وعلم النفس. على العكس، توجد الآن أدبيات السيكوباتية بشكل أساسى، وقد نضجت فى المختبرات، فى حلبة الطب النفسى الشرعى وعلم النفس. كيف يرتبط هذا المفهوم الإكلينيكى للنرجسية المرَضية ببنية السيكوباتية مقيسة بالقائمة السيكوباتية المعدلة فى مواضع القضاء الجنائى (56 و 57)؟ تقيس القائمة السيكوباتية المعدلة مجموعة خصائص شخصية ووجدانية وخصائص الانحراف الاجتماعى. وكان إدراج بنود قياس الانحراف الاجتماعى، خاصة، السلوك الإجرامى، باعتبارها أعراضًا لاضطراب السيكوباتية، مثيرا للخلاف ونوقش على نطاق واسع (على سبيل المثال، (15)؛ (121)). ويجمع الذين يناقشون إدراج مقاييس السلوك الإجرامى فى التقييمات الإكلينيكية للسيكوباتية على أن الإجرام، على مستوى التصور،

نتيجة لكون الشخص سيكوباتيا- وقد يكون الشخص سيكوباتيا ولا يكون مجرمًا بصورة متأصلة (110). واعتمادًا على الاعتبارات النظرية والتحليل المفصل للبيانات، يخلِّف حذف البنود التى تقيس الإجرام فى القائمة السيكوباتية المعدلة مجموعة من البنود تقيس الأسلوب المتغطرس والمخادع فى التعامل مع الآخرين، والخبرة الوجدانية الناقصة، والأسلوب السلوكى الاندفاعى وغير المسئول (31 و 32). إن التداخل بين هذه البنود الثلاثة عشر وخصائص النرجسية المَرَضية واضحة وجديرة بالاستكشاف الإمبريقى بوصفه طريقة لتوحيد الأدبيات المتفرقة عن النرجسية والسيكوباتية وتحسين معرفتنا العامة بالعشق المَرَضى للذات ونتائجه بالنسبة للفرد وللآخرين. ويمكن، بشكل خاص، أن تفسر أدبيات النرجسية العشق المرضى للذات وتأثيره ونتائجه الهائلة فيمن يوصفون بالسيكوباتيين. وقد فشلت، حتى الآن، الأدبيات السائدة للقائمة السيكوباتية المعدلة عن السيكوباتية عمومًا فى القيام بهذا، نتيجة الانشغال بالإجرام على حساب فهم دور البنية الذاتية، وطبيعة الارتباطات بالآخرين.

يمثل تزامن حدوث الأشكال المَرَضية من النرجسية مع الاضطرابات الذهنية الأخرى وصور الشخصية، المضطربة موضوعًا أساسيا للدراسة (101)، ليس فقط لتعزيز فهم ما يميز النرجسية ولكن أيضًا لتحسين الاستجابة الإكلينيكية لمن يخضعون للعلاج. التعاظم والتقدير الذاتى المنتفخ خاصيتان لكل من اضطراب الشخصية النرجسية والاضطرابات ثنائية القطب bipolar spectrum disorders؛ واضطراب الشخصية النرجسية أحد أكثر اضطرابات الشخصية التى يتم تشخيصها فى المصابين بحالة ثنائية القطب (21) ومجال الاضطرابات ثنائية القطب شائع فى المصابين باضطراب الشخصية النرجسية (٥-١١٪: ٩٩). يمكن اكتشاف الاكتئاب وتعكر المزاج بشكل متكرر نسبيا فى المصابين باضطراب الشخصية النرجسية (٤٢-٥٠٪: ٩٩) وهما غالبًا ما يدفع الشخص للحصول على خدمات الصحة الذهنية (٢٠: ٢٦)؛ ويمكن أن يولِّد الاكتئاب الحاد بوصفه تفاعلا للجرح النرجسى- الخزى أو الهزيمة أو الفشل أو الخسارة- احتياجًا شعوريا للمساعدة. يتميز هذا النوع من الاكتئاب، الذى دُعِى "الاكتئاب الخاوى empty depression"، "بالقنوط البرىء"،

والشفقة على الذات، ومشاعر الخواء والنضوب، واليأس والخلو من المعنى، والبلادة أيضاً (78). وتشيع اضطرابات استخدام المواد المخدرة أيضاً فى المصابين باضطراب الشخصية النرجسية (٢٤-٥٠٪؛ ٩٩)، حيث يصرف السكر والاعتماد على المواد المخدرة الانتباه - أو اقتراف المخالفات- عن هشاشة الزبون. افتُرِض أن الإدمان يمثل محاولةً من النرجسى لإعادة تأكيد القوة الكلية المفقودة والتعاظم، أو وسيلةً دفاعية ضد المشاعر التى لا يمكن احتمالها، مشاعر الغيظ والخجل والاكتئاب (70 و 101). إن اضطرابات استخدام المواد المخدرة، كما هو حال اضطرابات المزاج، وسيلة شائعة يدخل بها النرجسيون فى خدمات الصحة الذهنية.

فيما يتعلق بتزامن العلل بين النرجسية المَرَضية والاضطرابات الأخرى فى الشخصية، يظهر التزامن الأكثر شيوعًا مع اضطراب الشخصية الحدية واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (33 و 101). فيما يتعلق باضطراب الشخصية الحدية وجد هولدويك Holdwick وآخرون (62) أن اضطراب الشخصية النرجسية يشترك معه فى أعراض عدم التنظيم الوجدانى والعلاقات غير المستقرة والمختلة وظيفيا. ويمثل الاحتياج إلى لفت الانتباه سمة مشتركة أيضاً (42)، كما هو الحال بالنسبة للحساسية تجاه النقد، وإلى حد ما الاستحقاق. لكن النرجسى يتسم بتقدير ذاتى منتفخ وإحساس أكثر تماسكًا بالذات، على عكس الصورة الذاتية الحدية غير المستقرة، وتدمير الذات، والاندفاع، والانشغال بالهجْر (42). يشترك اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع واضطراب الشخصية النرجسية فى عدم القدرة على المشاركة الوجدانية. وبينما يعدل المضاد للمجتمع القدرة الوظيفية بشكل أساسى بالنسبة للمشاركة الوجدانية لتسهيل الأعمال الإجرامية الفردية، يبدو أن النرجسى لديه عجز معرفى أو انفعالى أكثر انتشاراً عن التماهى مع الآخرين والإحساس بهم (101). يمكن أن توجد عوامل مشتركة أيضاً بين اضطراب الشخصية النرجسية واضطرابات الشخصية الهستيرية (أى الاحتياج إلى لفت الانتباه) والارتيابية (على سبيل المثال،

الريبة) والوسواسية القهرية (أى السعى للكمال) وشبه الفصامية (على سبيل المثال، الانسحاب أو الابتعاد الانفعالى عن الآخرين؛ (42)؛ (101)). إن المدى الذى تشير به هذه الأنماط من تزامن العلل إلى التزامن الحقيقى فى حدوث الاضطرابات، أو إلى كونها عرَضًا لمعايير تشخيصية محددة بشكل هزيل، أو حتى عشوائى، لا يزال فى حاجة إلى التحديد (29).

تطور النرجسية المرَضية

نركز فيما تبقى من هذا الفصل على الأشكال المرَضية من النرجسية. ونتناول فى هذا القسم أصولها- من أين تأتى النرجسية المرضية، وأى ظروف بيئية تعزز تطورها؟ ولسوء الحظ هناك ندرة فى الأبحاث الجيدة فى التفاعلات المبكرة بين الطفل والوالدين، وأنظمة التواصل العائلى، والآليات العائلية التى على أساسها تطورت النظريات عن أسباب النرجسية المرضية. ومن المهم أن هذه هى الحالة أيضًا فى دراسة السيكوباتية، حيث استُكشِفت مسائل التطور عموما من خلال دراسة قابلية توريث السلوك المضاد للمجتمع (على سبيل المثال، (41)؛ (117))، حتى رغم أن هذه ليست سمة أساسية للاضطراب. وبالتالى، لم تُختبَر عمومًا الفرضيات المتنوعة الموجودة عن كيفية تحول النرجسية الصحية إلى مرضية.

تم اقتراح عدد من المسارات لتطور النرجسية المرضية (101). أولا، فُحِصت عوامل بيولوجية أو جينية فى عدد صغير من الدراسات التى تنظر فى تطور اضطراب الشخصية عمومًا، وليس اضطراب الشخصية النرجسية بشكل خاص. على سبيل المثال، وجد يانج Jang وآخرون (67)، فى دراسة على ٤٨٣ من التوائم، أن القابلية المتوسطة لتوريث سمات اضطراب الشخصية ٤٥٪. قدَّر ليفسلى Livesley وآخرون (81)، بالنظر إلى النرجسية بشكل خاص، أن القابلية للتوريث ٦٤٪ فى دراسة على ١٧٥ زوجا من التوائم المتطوعين. وأيضًا فى دراسة للتوائم، أوضح تورجيرسن -Tor

gersen وآخرون (113) أن الجينات يمكن أن تفسرٍّ ٨٠٪ تقريبا من التنوع فى سمات اضطراب الشخصية النرجسية. ويتطلب الأمر قدراً أكبر بكثير من البحث لتفسير هذه النتائج وتطويرها، لكنها توحى بأن الأوجه الرئيسية للنرجسية- من قبيل الحساسية المفرطة، والدافع العدوانى القوى، وانخفاض تحمل القلق أو الإحباط، والمشاكل المتعلقة بتنظيم المشاعر (107)- تخضع لتأثير جينيى مهم.

فحصت المجموعة الثانية من الأبحاث التى تبحث تطور النرجسية المرضية ارتباط الخلل بالأصول البيولوجية العصبية لتنظيم الوجدان. ومن الأدوار الكثيرة التى يلعبها الآباء (أو القائمون بالرعاية) مساعدة الأطفال على تطوير مستوى واقعى من التقدير الذاتى وتغيير التعاظم والكرب النرجسى والاستثارة ومعادلتها (101). لكن إذا لم يكن الآباء متسقين فى تناغمهم مع أطفالهم، أو كانت طبيعة الارتباط بينهم ضعيفة أو متقطعة، فقد يؤدى هذا إلى عيوب فى تطوير التقدير الذاتى وتنظيم الوجدان (101). إضافة إلى ذلك، ربما قَدَّم أنماط الارتباط بين القائم بالرعاية والطفل إلى نشأة اضطراب الشخصية النرجسية. يصف سكور Schore (107) ارتباطًا "غير آمن- مقاومٍ بين والد وطفل، يمكن أن يساهم فى حالة تنشيط مفرط للوجدان وتنظيم منخفض له. ويمكن أن تؤدى هذه الحالة إلى تعاظم صريح، واستحقاق معزَّزٍ، وردود أفعال عدوانية تجاه الآخرين. فى المقابل، يؤدى نمط الارتباط "الكئيب منخفض الاستثارة" إلى الكف والحذر، والخجل المهيمن، والمساعى المتعاظمة دفينة. ومن ثم، يفترض سكور أنه إذا عامل الوالدُ الطفلَ باستمرار وبشكل غير فعال انطلاقا من حالة خجل منخفضة الاستثارة، أو فشل فى تقديم وضع محدد فى حالات ارتفاع الاستثارة، فقد لا يطور الطفل انضباطا تلقائيا، أو قدرة على معادلة التعاظم، أو تنظيم الاستثارة، أو تغيير الكرب النرجسى. ومن ثم، كما افترض سكور (107)، يكون احتمال النرجسية المَرضية أكبر فى مرحلة البلوغ.

إن دور الآباء أو القائمين بالرعاية فى خلق إمكانية نشأة نرجسية مرضية دور حاسم فى عدد من النماذج السيكولوجية المتعلقة بأسبابها. على سبيل المثال، بحث فوناجى Fonagy وزملاؤه انعكاس الوجدان والتصور الذهنى بواسطة الآباء (45). يعكس الآباء مشاعر أطفالهم عموما، وبهذا يساعدون أطفالهم على تمييز حالاتهم

العاطفية وحالات الناس من حولهم وتحديدها. لكن حين تكون عملية الانعكاس هذه غائبة، أو غير صحيحة، كما حين يسيء الوالد تفسير مشاعر الطفل ويقدم مردودا غير صحيح له. فقد يؤدى هذا إلى أن يشوه الطفل الأمور ولا يميِّز بينها: "لن يكون لصورة الذات روابط قوية بالحالة الانفعالية الأساسية" (45، ص ١١)، فتنشأ نتيجة لذلك مشاعر الخواء عاكسةً عدم الارتباط بين الصور الثانوية للانفعالات والذات الأصلية. إضافة إلى ذلك، إن الوالد الذى يسيء تفسير مشاعر أطفاله وتصويرها بهذه الطريقة، من المحتمل أكثر أن يسقط مشاعره وطموحاته على طفله (101). ومن ثم يفترض الطفل أهمية لا تصدق للوالد حيث يصبح منظِّما للتقدير الذاتى لذلك الوالد (45). وهكذا يضفى الطفل صفة ذاتية على حالة ذهن الوالد كجزء جوهرى لهويته مبتكرا تقديرا ذاتيا غير مستقر وزائف فى النهاية، ويتم الدفاع عنه بشكل متزايد بمعتقدات متعاظمة تنشأ فى هذا الدور القوى. يفشل الطفل فى طور النمو فى فهم الآخرين أو نفسه، ويعتمد بشكل متزايد على الفنتازيا والهيمنة الشخصية بوصفها وسيلة لصيانة التقدير الذاتى.

دُرِستْ طبيعة الارتباط بين الوالد (أو الراعى) والطفل بشكل أكثر عمومية لفهم أصول الصعوبات الخاصة لدى المصابين بالنرجسية المرضية فى الاعتراف بهوية الآخرين واستقلالهم. يصف فوناجى Fonagy (44) نمط ارتباط يتسم بالانفصال والرفض بين الوالد والطفل بوصفه نمطًا من المرجح أن يتنبأ بنشأة النرجسية المرضية: يخلق الوالد الرافض طفلا يستاء أو يغضب أو يخاف من الارتباط بالآخرين، ويكبر الطفل مفضلا الوحدة، أو الاستقلال الانفعالى على الأقل. ويتسق مع هذا الرأى النرجسى "الرقيق" عند روزنفيلد Rosenfeld، وهو ضعيف ومرتبك أمام الآخرين، يشعر باليأس والعجز، ومن ثم بالغضب، من الآخرين، والنرجسى "الفظ"، الذى يُسقِط نقائصه على الآخرين، فيخلق عذرا كاملا (44 و 103). يوجد بعض الدعم الإمبريقى لأسلوب الارتباط الرافض فى المراهقين والبالغين النرجسيين (على سبيل المثال، (104))، رغم أن الاعتماد هنا، كما هو حال كثير من الأعمال عن نشأة النرجسية المرضية، يتم بشكل لافت على تفسير واسع لدليل إمبريقى محدود نسبيا.

كيف يمكن أيضًا أن يعزز الآباء النرجسية المرضية فى أطفالهم؟ افترض كرنبرج P. Kernberg (73) التالى: "طالما بقى الطفل خارج العالم التصورى الداخلى للوالد، يقل بشكل دال خطر نشأة اضطراب الشخصية النرجسية. وعلى العكس، إذا ضمت الآلياتُ البدائيةُ الإسقاطيةُ عند الوالد الطفلَ بشكل شامل فى الباثولوجيا النرجسية للوالد، فمن المرجح أيضًا إصابة الطفل باضطراب نرجسى" (ص ٦٨٤). يناقش رينسلى Rinsley (97) فشل الانفصال بين الوالد والطفل، حيث يفشل الطفل فى الانفصال، لأن دور الطفل يكون بمثابة دور رفيق بديل للوالد، أو قريب، أو طفل تابع، أو مستسلم له. ويخلق هذا الوضعُ المثير حيث الطفل تحفة ما أبدع الوالد (38) درجةً عالية من الفردية فى الطفل، ويخلق أيضًا خوفا عميقا من أن يكون غير مهم وغير مرئى خارج العلاقة مع الوالد، ومن ثم يتعزز دور فنتازيا التعاظم فى صيانة وضع التفوق حين يواجه التحديات. فحص بيركوفيتز Berkowitz وزملاؤه (13) أيضًا فشل الانفصال، ولكن هذه المرة فى المراهقين. يستقبل الوالدُ النرجسى مساعى الاستقلال التى يقوم بها المراهق بشكل طبيعى باعتبارها جرحا ويأتى رد فعل الوالد بالتالى ردًا تنافسيا، مع الغيظ والتقليل من الشأن. تختل النرجسية فى الطفل الذى يُغرَى بشكل متكرر بقوته فى التأثير على الخبرات الذاتية والتقدير الذاتى للوالد- ومن المرجح أكثر افتراض أن يكون للاستحقاق والتحكم والتعاظم دور فى الجهود التالية للارتباط بالآخرين.

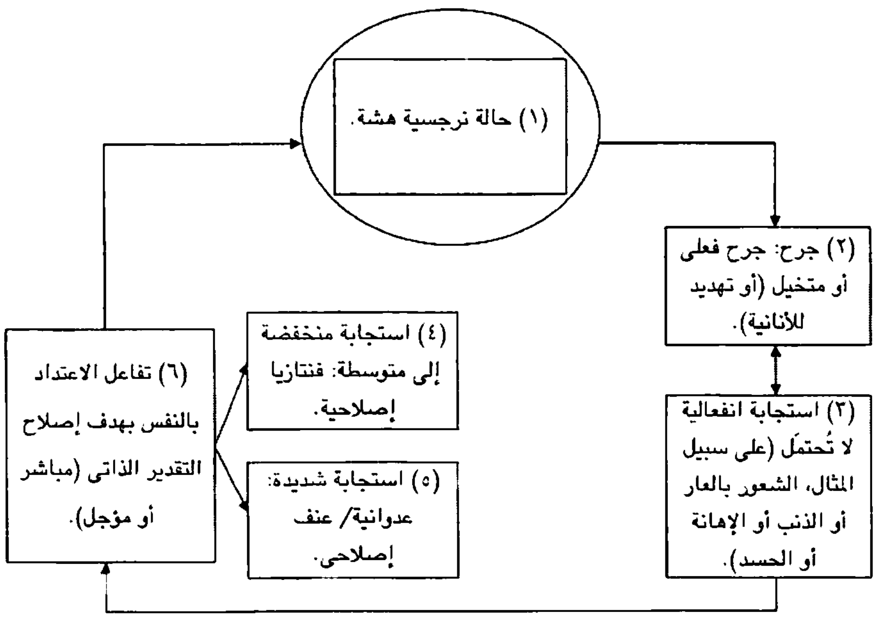
الخلاصة: يوجد عدد من الفرضيات بشأن تطور النرجسية المرَضية، لكن لا يوجد سوى دليل ضعيف لدعم أى منها. يبدو دور اتحاد التأثيرات الجينية والبيئية- بخاصة المتعلقة بالوالدين- مؤكدا هنا، مثلما هو حال كل الحالات الإنسانية. لكننا فى انتظار دليل إضافى لتحديد التأثير النسبى لهاتين القوتين الأساسيتين بدقة، وتحديد الآلية الدقيقة التى تغذيان بها النرجسية المرضية فى كل أشكالها.

الارتباط بين النرجسية والعنف:

يحتمل أكثر أن تكون النرجسية مساهما أساسيا، إن لم تكن أصلا فعليا، فى محاولات العنف أو التهديد به، حين تكون فى صورتها الإكلينيكية المرَضية. ماذا نفهم عن عملية خلق النرجسية المرضية لإمكانية للعنف؟

تتمثل الحالة النرجسية الهاجعة، إذا جاز التعبير، فى التعاظم، والاستثناء، والسيطرة الاستغلالية، والضحالة الانفعالية، والاعتماد المفرط على الإعجاب، والشعور بتفوق غير مبرر، والإحالات الذاتية بشكل كبير، والأنانية، والعجز عن الالتزام والمشاركة الوجدانية. لا يكون التقدير الذاتى مرتفعا إحصائيا، ولا يكون منخفضاً، بل يكون منتفخًا وضعيفًا أو هشًا (8). وتخلق هذه الهشاشة إمكانية الأذى من خلال التعرض لمواقف، أو أناس، تلقى الضوء على النواقص أو نقاط الضعف أو العيوب، وهكذا تتولد مشاعر الخجل والحسد والخزى والذنب، التى تعتبر غير محتملة بالنسبة لشخص يعتمد على التفوق للشعور بالاكتمال أو الكمال (83). يصف بوميستر Bau-meister وبوشمان Bushman وكامبل Campbell (8) هذه الظاهرة بأنها "أنانية مهدَّدة". عند إدراك إمكانية حدوث مثل هذا الأذى، أى حين يدرك النرجسى أن نفسه جُرِحتْ، أو أن هناك احتمالا بأن تُجرَح، تستثار مشاعر لا تُحتمَل، تتبعها بعد ذلك مباشرة، أو فيما بعد، استجابةٌ دفاعية للاعتداد بالنفس بهدف معاقبة من اقترف العمل فعليا، أو هدد باقترافه، وهكذا يتم إصلاح الضرر الذى أُلحِق بتقدير الذات (83). قد تحدث استجابات الاعتداد بالنفس فى تجليات للنرجسية المرضية أقل خطورة فى المخيلة، حيث يحصل المرء على رضا وإشباع حقيقى من تخيل بعض أشكال الجزاء حيث يتعرض الشخص الجارح لهيمنة النرجسى وسيطرته ويشعر بالتضاؤل أو الخزى. وهكذا يمكن للتخيلات وحدها، فى بعض الحالات، إصلاح الحالة النرجسية، وتأكيد الإحساس بالقوة من جديد (83).

لكن ربما تتضمن استجابات الاعتداد بالنفس فى أشد تجليات النرجسية المرَضية خطورة: (أ) انهيار دفاعات الأنا التى تقوم عادة بالتحكم فى العدوانية أو العنف (79)، يليها (ب) اتحاد المخيلة والتصرف الفعلى حيث تكون الهيمنة والتحكم والخزى وتشويه السمعة والأذى، وحتى التدمير، نتائج محتملة، اعتمادا على مقياس الجرح الذى تلقاه النرجسى- وهى ظاهرة يصفها كوهت بأنها "غيظ نرجسى" (77). ويرى النرجسى أن مقياس الاستجابة مناسب للجرح الذى حدث، ويراها استجابة مبررة إذا وضعنا الطبيعة العميقة لتهديد الذات فى الاعتبار (77)؛ إنه يصلح خطأ، وهو، بالقتال لإصلاح تقدير الذات، يقاتل من أجل حياته المجازية (83). وفى بعض السيناريوهات، قد يكون رد فعل الضحية تأجيل الأذى الذى لحق به، كما فى ملاحقة الافتراس (85). مهما يكن، لا يتم إصلاح الحالة النرجسية إلا بنتيجة مقنعة لاستجابة الاعتداد بالنفس، حين تخضع هيمنة النرجسى للتقييم من جديد، وتختفى هشاشة التقدير الذاتى مرة أخرى. يوضح الشكل "٥، ١" هذه الفرضية عن الارتباط بين النرجسية والعنف.



- **الشكل ٥، ١** ارتباط مفترض بين النرجسية والعنف.

أول العناصر الأساسية فى هذا النموذج قابلية النرجسى للجرح. وهذه القابلية متأصلة فى الحالة النرجسية: ليحافظ الفرد على تقدير ذاتى مفضل بصورة غير مبررة فى بيئة اجتماعية حيث من المرجح أن يوجد دليل على النقص فى كل موضع، ينبغى أن يحاول التحكم فى البيئة، وهكذا يستبق خطر حدوث الجرح ويقلله إلى أقصى حد (28). وبشكل ينطوى على مفارقة، تخلق هذه الجهود التى تبذل من أجل التحكم إمكانية لمزيد من الصراع، أكبر مما كانت عليه الحالة، وربما يستخدم العداء والعدوانية "كأسلحة" لإحباط الجروح المحتملة (74). يعنى ميل النرجسيين لتجسيد اللوم احتمال أن يكون رد فعلهم على الجرح أكثر غضبا- انفعالية مجسدة- لا أن يكون حزنًا وقلقًا- وهما من المشاعر الداخلية (115). إضافة إلى ذلك، يبدو أن مدى انتفاخ تقدير الذات يترابط مباشرة مع المقياس المستخدم للأذى: "حين تختلف مجموعات كبيرة من الناس فى تقدير الذات، تكون المجموعة ذات التقدير الأعلى للذات الأكثر عنفًا عمومًا" (8، ص ٢٦).

ثانى العناصر الأساسية فى هذا النموذج أن هدف الاستجابة للجرح بالاعتداد بالنفس يعتبر إصلاحيا بإسقاط مشاعر على الطرف الجارح، يرى النرجسى أنها لا تطاق إلى أقصى حد: أى إن النرجسى يتمنى تجنب مشاعر غير محتملة، مثل الخجل والذنب والخزى. ومن ثم، حين يدرك النرجسى أنه مجروح أو مهدَّدٌ بالجرح، يعمل على أن يولِّد فى الطرف الجارح المشاعر نفسها، التى يسعى إلى تجنبها (77)، مما قد يفسر الطبيعة الانتقامية الدالة اجتماعيا والشخصية جدا للأذى الذى قد يحدثه النرجسيون (8). الجروح بالنسبة للنرجسيين الحساسين مهدِّدة بصورة كبيرة- مهددة للذات أو للحياة- وربما تصلح استجابة الاعتداد بالنفس الإيمان المهتز للنرجسى بتفوقه وتضبطه (83). لكن ردود الأفعال المتطرفة، بشكل بديل، قد تمنع ببساطة تفوه الآخرين بانتقادات مماثلة (8).

يتمثل ثالث العناصر الأساسية فى هذا النموذج، الذى يربط النرجسية بالعنف، فى اعتقاد بوجود ارتباط موجب بين حدة الاضطراب والمقياس المستخدم للعدوانية. يرتبط مستوى أقل من الباثولوجيا عموما باستجابات تخيل الاعتداد بالنفس أكثر من

ارتباطه بالعنف الحقيقى (84). ويرتبط مستوى أكثر حدة من الباثولوجيا- أنواع السيكوباتية وفى المصابين باضطراب الشخصية النرجسية مع اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع- باستخدام القوة الجسدية لاستعادة الإيمان بالنفس. لكن حين لا يكون الحل كاملا كما يحدث حين يكون الطرف الجارح غير متاح لتطبيق العدالة الإصلاحية للنرجسى، يُحكَم عليه بتحمل الجرح والمشاعر غير المحتملة الناجمة عنه. ومن ثم، لا ينهمك النرجسيون جميعا فى العدوانية العشوائية لأنهم يشعرون بلذة أو ارتياح من العدوانية نفسها، وهى السمة الحاسمة للسادية (7). لكنهم يستخدمون العنف وسيلةً للدفاع عن رأى مميز جدا فى الذات ضد آخر معين يسعى (وإن يكن بغير تعمد) إلى تحديها (8).

النرجسية والعدوانية الجنسية:

كان من أول الاستخدامات الإكلينيكية لمصطلح النرجسية وصف ما كان يوصف فى ذلك الوقت "بالانحراف الجنسى" (48 و 92). تحتفظ النرجسية، فى التحليل النفسى، بتعريفات واستخدامات خاصة جدا، تتضمن الإشارة إلى النشاط الجنسى (71). لكن كلمة النرجسية تمثل، فى السياق العام لمواضع الصحة الذهنية، التنظيم العادى والمرَضى لتقدير الذات الذى انبثقت منه أوصاف اضطراب الشخصية النرجسية، ولا توجد إشارة معينة للنشاط الجنسى فى تعريفها. ورغم ذلك، نشأت الروابط بين النرجسية المرضية والعدوانية الجنسية (7 و 108)، وترتبط إلى حد بعيد بمناقشة الخطورة. ما الرابطة بين النرجسية والعدوانية الجنسية؟ بالنسبة لمعظم الناس، تعتمد المودة الجنسية بشكل كبير على العلاقة المتبادلة بين الرفيقين (9). والخصائص التى تعرِّف النرجسية المضطربة، فى المقابل، هى العشق المرَضى للذات (أى اعتبار الذات مفضلة بشكل غير مبرَّر)، والموضوع المرَضى للحب (أى الحب السطحى لآخرين تافهين)، والأنا العليا المرَضية (أى المناورة، المخادعة، الفاسدة؛ (71)؛ (101)). ومن ثم تمثل العلاقات الحميمة مجالا واضحًا يمكن أن تظهر فيه نواقص النرجسى ونقاط ضعفه؛ بوضع هشاشة المصابين بالنرجسية المرَضية فى

الاعتبار، وإحساسهم المنتفخ بجاذبيتهم الجنسية، من المرجح أن يتم تعزيز حساسيتهم للجرح في السعي وراء الإشباع الجنسي. لكن لماذا قد يختار النرجسي اقتراف العنف الجنسي ضد شخص آخر بدلا من العنف غير الجنسي؟

وضع العمل على النموذج الذي وصف في القسم السابق والتوضيح في الشكل "٥، ١" آليتين لشرح السبب الذي يجعل بعض النرجسيين المجروحين يختارون العدوانية الجنسية وسيلة لهم. أولا، من المرجح أن يدرك النرجسي أن موضوع رغبته متاح ومهم جنسيا رغم الإشارات إلى العكس (9). ومن ثم يكون الاتصال الجنسي تشريعًا لرغبة يؤمن النرجسي بأن المتلقي يتمناها لتحقيق الإشباع، والعدوانية وسيلة عرَضية لتحقيق هذه الغاية. ويأتي على الأرجح انهماك النرجسي في الحدث وتذكره بعد ذلك لمواجهة جنسية تتفق مع ذاكرة المقاومة أو الرفض المتضائل إلى أقصى حد أو المستبعد من خلال عجلة التشوهات المعرفية الأنانية (108).

ثانيا، من المحتمل أكثر أن تكون العدوانية تجاه ضحية عدوانية جنسية حين يدرك النرجسي أنه جُرِح نتيجة لمزايا جنسية مرفوضة؛ بعملية إسقاط، يسعى تفاعل الاعتداد بالنفس عند النرجسي الجريح إلى أن يخزي الضحية جنسيا، أو يلحق العار بالضحية، بالضبط مثلما شعر النرجسي بالخزي الجنسي، أو العار، نتيجة الرفض. طور بوميستر وزملاؤه (9) هذه الفكرة في نظريتهم التفاعلية النرجسية عن الاغتصاب، التي تفترض أن النرجسي يرغب أكثر في الجنس حين يُرفَض. ويزداد بالتالي خطر العدوانية الجنسية تجاه الفرد الذي ينكر على النرجسي الجنس الذي يشعر أنه يستحقه. ونتيجة لذلك، تكون الغاية الفورية للاغتصاب تأكيد حرية النرجسي في ممارسة الجنس مع الشخص الذي اختاره، أو استحقاقه لهذه الممارسة. وتكون الرغبة في الجماع بوصفه فعلا رمزيا، لادعاء الأحقية في الشخص الآخر، أكثر مما تكون وسيلة للحصول على الإشباع الجنسي؛ بينما كان الجنس الرغبة الأولية للنرجسي، جعله رفضُ الضحية يرغب في إثبات أنه يستطيع أن يحقق الغاية الجنسية التي رغب فيها. تصبح الغاية الأساسية إذن أنانية بدل أن تكون جسدية؛ ويصبح تحقيق الإشباع الجنسي والأورجازم ثانويا.

ليست النرجسية المرضية من خصائص كل الجرائم الجنسية، أو حتى كل حالات الاغتصاب. ورغم إن معظم مرتكبي المخالفات الجنسية لا يعانون من اضطراب رئيسي في الطب النفسي، يعاني الكثير منهم من اضطرابات شخصية في نطاق اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (35) وأيضًا شبه الفصامية والارتيابية والنرجسية والسيكوباتية. وتتضمن كل هذه الحالات فشلا نسبيا في الارتباطات الإنسانية والعلاقات مع الآخرين- الانشغال بالفنتازيات الخاصة والأمنيات والاحتياجات، ونقص المشاركة الوجدانية، ورغبة في التحكم والهيمنة بدلا من العلاقات المتبادلة. وهكذا يمثل دور باثولوجيا الشخصية في اقتراف المخالفات الجنسية اهتماما جوهريا في فهم أصول هذا العنف وإمكانية تكراره والظروف التي قد يحدث فيها.

تقييم الخطر ومعالجة الزبون النرجسي

تقييم أخطار الزبون النرجسي:

ينبغي فهم النرجسية، خاصة في أشكالها المرَضية، باعتبارها عامل خطورة يرتبط ضمنيا بالعنف المستقبلي، سواء كان جنسيا أم في أي شكل آخر: "في أفضل الأحوال، تشكل رؤية ذاتية مفضلة للغاية عامل خطورة، ويصبح هذا العامل عنيفًا استجابة لإدراك المرء أن الآخرين يفندون الرؤية الذاتية المفضلة، أو يشوهونها" (8، ص ٢٨). ومن ثم تكون الغاية الحاسمة للمقيِّم تحديد دور الشخصية عمومًا، والنرجسية خاصةً، ومعرفة كيفية تأثر هذا الدور بعدد من عوامل الخطورة الأخرى المرتبطة بالموضوع ضمنيا (على سبيل المثال، إساءة استخدام المواد المخدرة، أو علة ذهنية، أو عنف سابق)، وارتباطه بالنتيجة المؤذية في النهاية لمنعها. ويصبح فهم هذه الطبيعة، المغلفة في صورة خطرة، أساس خطة معالجة الخطورة، التي تتمثل مكوناتها

الأساسية فى العلاج والإشراف والمراقبة، والتخطيط لحماية الضحية إذا لزم الأمر (61).

تتمثل الخطوة الحاسمة الأولى باتجاه فهم الدور الضمنى للنرجسية المَرضية فى إحداث الأذى فى تقييم الشخصية، وتحديد الطرق التى يمكن بها اعتبار النرجسية متطرفة، واستكشاف علاقتها السابقة بالعنف الفعلى، أو محاولة استخدامه، أو التهديد به. والتقييمات غير منظمة للنرجسية، أو لاضطراب الشخصية عمومًا، غير مقبولة (125). لا يعوَّل على مثل هذه التقييمات، ومصداقيتها موضع شك، ولا تقدم أساسًا لتقييم دقيق للتغير عبر الزمن، كما فى الاستجابة لعملية معالجة الخطورة. لكن يمكن، باستخدام عمليات منظمة، تقييم النرجسية باستخدام أى مقاربة من المقاربات الأربع: استبيان التقرير الذاتى، ومقابلة إكلينيكية شبه منظمة، والملاحظات المنظمة، وتقنيات الإسقاط.

يمكن تقييم أنماط الشخصية ذات المغزى الإكلينيكى باستخدام استبيان الشخصية بالتقرير الذاتى، مثل **الاختبار الإكلينيكى الثالث متعدد المحاور لميلون** *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III* (68) . ويتضمن الاختبار الإكلينيكى الثالث متعدد المحاور لميلون مقياسًا واحدًا (المقياس رقم ٥) مخصصًا لقياس النرجسية، ويتكون من ٤٩ بندًا (مثل "أنا شخص متفوق ومن ثم لا أهتم بما يعتقده الناس"). يتم تفسير ارتباط مقياس النرجسية فى سياق الأداء على معدَّل المؤشرات (على سبيل المثال، الإفشاء أو الرغبة)، واثنى عشر مقياسا آخر تقيس أنماط الشخصية الإكلينيكية والباثولوجيا الشديدة فى الشخصية، وتسعة مقاييس لقياس المتلازمات الإكلينيكية. ويمكن الحصول على منظور عام لأداء الشخصية، أوسع ومفصل أيضًا، باختبار الشخصية متعدد الأوجه الثانى لمينسوتا Minnesota Multiphasic Personality Inventory – ٢ بالتقرير الذاتى (25). ولا يوجد مقياس فى هذا الاستبيان، المكون من ٥٦٧ بندًا، يتوجه للنرجسية مباشرة، لكن يضمن عدد من المقاييس الأخرى المرتبطة ضمنيا (على سبيل المثال، الانحراف السيكوباتى، وانتفاخ الأنا، وعدد من المقاييس الفرعية

للصلاحية) يضمن، رغم ذلك، الحصول على صورة شاملة لأداء الشخصية- واختلالها الوظيفى. يقدم أيضًا اختبار تقييم الشخصية Personality Assessment Inventory (89) والتقييم البعدى لباثولوجيا الشخصية Dimensional Assessment of Personality Pathology (80) إطلالة عامة على باثولوجيا الشخصية بالتقرير الذاتى. بينما يقيِّم التقييم البعدى لباثولوجيا النرجسية بشكل مباشر باعتبارها بُعْدًا من أبعاده الأساسية الثمانية عشر، يركز اختبار تقييم الشخصية أساسًا على صور الشخصية المضادة للمجتمع والحدية.

يتم تقييم النرجسية مباشرة بعدد صغير من أدوات التقرير الذاتى. وربما يكون أشهر هذه الاستبيانات اختبار الشخصية النرجسية Narcissistic Personality Inventory، ويتكون من ٤٠ بندًا (94)، وقد صُمِّم لقياس خصائص اضطراب الشخصية النرجسية (يعتمد مباشرة على معايير الدليل الأمريكى الثالث DSM-III) فى السكان العاديين، أى فى عينات غير إكلينيكية (115). يُستخدَم اختبار الشخصية النرجسية لتقييم النرجسية الصريحة أو اللافتة؛ وهو ليس مقياسًا حساسا للخجل أو النرجسية الخبيئة. وتشمل عينة من البنود من اختبار الشخصية النرجسية "إذا حكمْتُ العالم فسوف يكون مكانا أفضل بكثير" و"أنا أكثر قدرة من الناس الآخرين". ويسجل الرجال المساجين بسبب جرائم العنف معدلا على اختبار الشخصية النرجسية أعلى بشكل دال من الذكور من طلبة الجامعات (24).

توجد مشاكل مع استخدام استبيانات التقرير الذاتى لقياس النرجسية، ويعتمد اكتمال صلاحيتها على كل من درجة البصيرة فى أداء الشخصية والرغبة فى تصوير ذلك الإدراك الذاتى بصدق. ومن المرجح أن تكون البصيرة والصدق موضع شك فى من يُعتقَد أن نرجسيتهم مرَضية، وفيمن يسعون لخلق انطباع طيب عن انخفاض الخطورة باعتباره شرطًا للانتقال إلى ظروف أمنية أقل أو شرطا للإفراج (19). وإضافة إلى ذلك، انتُقِد التفسير الانتقائى لنتائج اختبار الشخصية بالتقرير الذاتى بسبب خطورة الانحراف المؤكِّد confirmatory bias (98). وبالتالى يكون الاعتماد على

نتائج استبيان الشخصية بالتقرير الذاتى فقط فى تقييمات الطب الشرعى محبطًا على نطاق واسع (انظر على سبيل المثال، (22)؛ (59)).

افتُرِضت المقابلات الإكلينيكية شبه المنظَّمة semi-structured بوصفها "المعيار الذهبى" لتقييم اضطراب الشخصية وتشخيصه (30). تقدم المقابلاتُ الفرصةَ للمقيِّمين لاستكشاف صدق الدليل دعمًا لوجود أعراض معينة، ولاستكشاف الدلالة الإكلينيكية لتلك التى تم تحديدها أيضًا. إجراءات مثل **الفحص الدولى لاضطراب الشخصية** *International Personality Disorder Examination* (82) **والمقابلة الإكلينيكية المنظمة لاضطرابات المحور الثانى فى الدليل الأمريكى الرابع** *Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders* (43) شائعة بين الممارسين، وتقدم تقييمات مفصلة جدا لاضطراب الشخصية والخطورة، رغم أن استخدامها يستهلك وقتًا طويلا ويتطلب القيام به، بشكل فعال ومفيد، مستوى جيدا من فهم الشخصية واضطراب الشخصية. إضافة إلى ذلك، تحتاج الحالات الإكلينيكية على المحور الأول إلى التقييم قبل القيام بتقييم منظم لاضطراب الشخصية لتجنب أن تُعزَى الأعراض لباثولوجيا الشخصية (على سبيل المثال، التعاظم أو الشك فى الآخرين) حين يكون من الأفضل تفسيرها بحالة قابلة للعلاج بشكل أسرع ضمنيا (على سبيل المثال، الاضطرابات ثنائية القطب والفصام الارتيابى) (59). وتمثل القائمة السيكوباتية المعدَّلة (56 و 57) شكلا آخر من التقييم شبه المنظم لاضطراب الشخصية مع بعض الارتباط بتقييم السمات النرجسية، رغم المحدودية الشديدة لعمق تغطيتها واتساعها للنرجسية المرَضية.

ربما يتم التقييم الموضوعى لأداء الشخصية باستخدام إجراء مثل **جدول التفاعلات الشخصية فى بيئات معيشية مغلقة** *Chart of Interpersonal Reactions in Closed Living Environments* (16 و 17). اعتمادًا على الأبحاث عن الجناة الذكور المضطربين ذهنيا، يشيد مقياس الملاحظة تقييم الأسلوب الشخصى كما يتبدى فى سياق عُرْفى. ويرتبط قياس خصائص الأسلوب الشخصى، من قبيل الهيمنة والعداء والإكراه، بالنرجسية المرَضية بشكل خاص. وأخيرا، تقدم اختبارات الإسقاط، مثل

النظام الشامل للرورشاخ *Comprehensive System for the Rorschach* (40) أو **اختبار إدراك التيمة** Thematic Apperception Test (55)، فرصا لاستكشاف أبعاد الشخصية ببعض العمق. لكن مقاييس الإسقاط تميل إلى تقديم استجابات مختلطة من التي تحدث في اضطراب الشخصية النرجسية (87)، مما يُحدُّ من استخدامها مع هذه المجموعة من الزبائن (26 و 51).

وفيما يتعلق بتقييمات الخطورة بشكل خاص، لا يمكن الاعتماد على الزبائن ذوى النرجسية المرضية لتقديم تقديرات صحيحة لإمكانية الأذى المستقبلي نتيجة لثقتهم الزائدة أو ميلهم لتقدير قدراتهم بشكل أكبر، إضافة إلى النمط المرتبط بالشخصية المتعلق باتخاذ قرارات محفوفة بالخطر (27)؛ "ربما تعوق الصور الذاتية المتعاظمة للنرجسيين التخمين الواقعي لاحتمال نجاح المرء المطلوب في اتخاذ قرارات ناجحة، مما يؤدى إلى ثقة زائدة ومخاطرة" (ص ٢٩٨). ولا ينبغي، أيضًا، الاعتماد على الزبائن المصابين بالنرجسية المرضية مصدرًا وحيدًا للمعلومات عن أى مكونات لتقييم إكلينيكي للخطر، لأن الانحراف الأناني من المرجح أن يؤثر على تفسيراتهم للأحداث وعلى تذكرها (9). وحيث إنه لا توجد أى إجراءات مأمونة لتقييم احتمال العنف، أو تكرار اقتراف المخالفات الجنسية، بوضع تشخيص صحيح لاضطراب الشخصية في الاعتبار، فلا يمكن الاعتماد على شيء باعتباره وسيلة لقياس خطر يصدر عن النرجسيين. وبدلا من ذلك، لفهم دور النرجسية في إمكانية إيقاع الأذى في المستقبل، ومن منظور الحد من تلك الإمكانية ومنع الأذى، تكون الطريقة الأكثر فائدة لتقييم الخطر وتوضيحه ومعالجته استخدام مقاربة مهنية منظمة للحكم. فيما يتعلق بالأدوات الحقيقية لتنظيم تقييم الخطورة في رجال ونساء يعتقد أن نرجسيتهم عنصر خطورة مرتبط بالموضوع، ينصح باستخدام **معالجة الخطر الإكلينيكي التاريخي–٢٠** *HCR-20* (119 و 37)[٦] **وخطورة برتوكول العنف الجنسي** *Risk for Sexual Violence Protocol*

(٦) HCR-20: اختصار Historical, Clinical Risk Management-20.

(61) لتقييم خطر العنف والعنف الجنسى ومعالجتهما بالترتيب. تشمل عوامل الخطورة المشتركة فى الأداتين اضطراب الشخصية وتقييم السيكوباتية بالقائمة السيكوباتية المعدلة، وتاريخ السلوك إجرامى، والمواقف تجاه العنف والعنف الجنسى. إن مشاكل العلاقات والعمل، إضافة إلى مشاكل الصحة الذهنية ومشاكل إدراك الذات، مشتركة أيضًا، مما يوحى بدورها باعتبارها عوامل خطورة أساسية ضمنيا لعدد من النتائج الضارة. لكن مَزِيَّة المقاربات المهنية المنظمة لإصدار الحكم فى تقييم الخطورة، وهى مزية تتفوق بها على كل المقاربات الأخرى المصممة لتقييم الخطورة، تكمن فى أنها تقدم إطارًا لفهم دور عوامل الخطورة المرتبطة بالموضوع فيما يتعلق بخطورة الأذى المستقبلى، وإطارا لتخطيط معالجة الخطورة بالاعتماد على نتائج التقييم وصياغة للخطورة يطرحها الفرد المسيء.

اختيارات لمعالجة الخطورة:

لمعالجة الخطورة ثلاثة مكونات على الأقل (61). المكون الأول والأكثر وضوحا هو **العلاجات الدوائية النفسية** *psychopharmacological* **والمعالجات النفسية** *psychotherapeutic* **والاجتماعية النفسية** *psychosocial* بالنسبة لعوامل خطورة العنف والعنف الجنسى المرتبطة بالفرد موضوع التقييم والقابل للتعديل بهذه الوسائل. على سبيل المثال، فى الأفراد الذين ارتبطت فيهم الأعراض الحادة لاضطراب ذهانى بإمكانية العنف، يكون علاج هذه الأعراض بأدوية مضادة للذهان، وبمعالجة سيكولوجية لنتائج الاضطراب باستخدام العلاج المعرفى، استراتيجيات علاجية للخطورة بوضوح. ويمكن قياس نجاح هذه الاستراتيجيات بمتابعة التغير فى معدل تكرار هذه الأعراض وقناعة المريض بالرعاية. وسوف نتناول علاجات النرجسية المرضية بتفصيل أكثر فى القسم التالى من هذا الفصل. وينبغى أن يضمن التقييم الشامل لزبون مصاب باضطراب الشخصية النرجسية الكشف عن أى حالات إضافية (على سبيل المثال، اضطراب الاكتئاب الجسيم، أو اضطراب استخدام المواد المخدرة، أو الاضطرابات ثنائية

القطب) وعلاجها بحيث يتقلص دورها فى تفاقم أعراض اضطراب الشخصية النرجسية إلى أقصى حد، بينما يستمر علاج هذه الحالات المؤجلة أكثر إذا كان متاحا.

المكون الثانى المهم فى معالجة الخطورة هو المراقبة. وتتضمن المراقبة فرض قيود على نشاط مقترفى المخالفات الجنسية والعنيفة وتحركهم وارتباطاتهم واتصالاتهم (مثل الحالات المصرح بها بعد الخروج من السجن) مصممة لتحديد الوصول إلى الضحايا المحتملين أو السيناريوهات التى قد تولد مخالفة متأثرة بالنرجسية. ويمكن أن تتضمن المراقبة أيضًا النظم والدعائم والإجراءات الروتينية التى تطبَّق على الزبون لتعزيز قوة العوامل الواقية لتعديل الخطورة (على سبيل المثال، عمل مناسب أو أى نشاط روتينى آخر، أو تأمين مسكن، أو تقديم إعانات). مع زبون مصاب باضطراب الشخصية النرجسية، يمكن أن تعمل المراقبة بالطريقتين- الحد من فرص الشعور بجرح نرجسى وتعزيز الطرق التى يمكن بها تحقيق استقرار تقدير الذات بشكل مستساغ ودعمه. وينبغى أن تكون المراقبة دائمًا علاجًا مكمِّلا مصمَّمًا لتقليل الأهمية الإكلينيكية لأعراض اضطراب الشخصية النرجسية، والتقليل إلى أقصى حد من التأثير السلبى للاضطرابات التى تفاقم باثولوجيا الشخصية. وهكذا، ينبغى تعزيز العلاج الذى يهدف إلى استقرار تقدير الذات بوظيفة معَدَّة بعناية، أو بتحديد ورشة عمل يتم فيها تجريب مكاسب العلاج ودمجها. وفى النهاية، لا تتوفر مثل هذه الفرص للجمع بين العلاج المراقبة إلا فى البرامج المخصصة بدرجة عالية للمصابين باضطراب شديد فى الشخصية (65).

المكون الثالث المهم فى معالجة الخطورة هو **المتابعة**. وتتضمن المتابعة تحديد، سواء فى العلاج أو أثناء المراقبة، العلامات التحذيرية المبكرة للانتكاسة إلى العنف أو العنف الجنسى. وتتضمن المتابعة أيضًا اتخاذ قرار بشأن المتورطين مع الزبون وإبلاغهم بالاستجابة الأكثر ملاءمة التى عليهم اتخاذها حين يتم تحديد العلامات التحذيرية المبكرة. بشكل مثالى، ينبغى تحديد الاستجابة الأكثر ملاءمة للعلامات التحذيرية المبكرة مقدمًا، باعتبارها جزءًا من عملية تخطيط معالجة الخطورة، وبشكل أكثر مثالية أيضًا، تناقش ويتفق عليها مع المريض. وهكذا، مع زبون مصاب باضطراب الشخصية النرجسية، ربما تتضمن العلامات التحذيرية المبكرة لانتكاسة محتملة للعنف

مشاكل لم تُحل فى علاقة حميمة، نتيجة لها يزداد خطر الإحساس بالجرح النرجسى، كما يزداد خطر إيقاع الأذى برفيق الزبون. بإشراك الزبون فى خطة معالجة الخطر بهذه الطريقة، تُخلَق الفرص للاتفاق على الخطوات التى تتخذ لمعالجة الخطر وتقليله، إضافة إلى توليد مزيد من المعلومات المرتبطة بمعالجة الخطر. إذا شعر الزبائن بالمشاركة فى عملية سوف تبقيهم فى النهاية فى إجراءات أمنية أقل أو حتى فى المجتمع، يمكن أن يتحسن حافز المشاركة لديهم لصالح أمان الآخرين.

ثمة مكون رابع محتمل لمعالجة الخطورة وهو **خطة أمان الضحية**. تشير خطة أمان الضحية إلى الخطوات المتخذة أو الموصَى بها لتحسين أمان الضحايا المحتملين للزبائن الذين لهم تاريخ فى العنف، أو العنف الجنسى، وتأمينهم. وربما تتضمن الخطوات تنبيه المجتمع، أو نقل الجناة المفرج عنهم من الحجز إلى منطقة بعيدة عن البيت، أو عن ضحية سابقة. وربما تتضمن الخطوات أيضًا موضوع التحذيرات الشخصية للضحايا وإرشادهم للحفاظ على أمنهم الشخصى حين يشعرون بالخطر. ومع الزبائن المصابين باضطراب الشخصية النرجسية، ربما يشمل الضحايا الذين قد يحتاجون إلى هذه الخطط رفاقًا سابقين، ومَنْ توجه إليهم استجابة الاعتداد بالنفس واستجابة الإصلاح ردا على الجرح النرجسى. وبجعل تحقيق أهداف الجناة أصعب، ربما يصبح خطر وجود ضحايا محتملين فى المستقبل محدودا، ويمكن أكثر تحديد محاولات العنف، ويكون من المحتمل أكثر تسجيلها.

العلاج

الاختيارات ودليل علاج النرجسية المرضية:

" إن الطبيعة المعقدة لهذا الاضطراب- المستوى العالى من الأداء، نقص الأعراض أو الدلالات السلوكية المتسقة، المشاكل النفسية الخبيئة أو المنكَرة (حتى حين تكون شديدة)، وعدم وجود حافز للبحث عن علاج الطب النفسى نتيجة الخجل أو الزهو

أو إنكار الذات المفخمة- جعلت من الصعب تحديد الناس فى الجلسات العامة للطب النفسى ممن تنطبق عليهم معايير الدليل الأمريكى DSM لاضطراب الشخصية النرجسية" (101، ص ٢٥). وثبت أن العثور على زبائن مصابين باضطراب الشخصية النرجسية فى مواضع الطب الشرعى- السجون أو الأماكن الآمنة للطب النفسى- أسهل. لكن إنكار الحاجة إلى مساعدة متوطن هناك، مثلما هو متوطن فى الجلسات العامة للطب النفسى (44)، وفى كل مكان، توجد النرجسية باعتبارها من أكثر أشكال مقاومة التغيير قوة (87 و53). حتى اليوم، لا يوجد سوى القليل من الدراسات التى تتناول نتيجة علاج اضطراب الشخصية النرجسية (26) وتوحى التقارير الإكلينيكية بأن العلاج الفردى لاضطراب الشخصية النرجسية الممتد (لأكثر من سنة)، صعب لكل من المعالج والمريض، وغير فعال غالبًا. كما هو الحال بالنسبة لعلاج معظم الاضطرابات الأخرى فى الشخصية، تكون طبيعة الحلف بين المعالج والزبون أساسية للوصول بأى تغيير محتمل إلى أقصى حد، ناهيك عن إمكانية العمل على تحفيز الزبون على البقاء فى العلاج فترة طويلة لمنحه فرصة إحداث بعض التأثير الإيجابى. يقترح ميلون Millon (86) وجود ثلاثة اختيارات قابلة للتطبيق لتقديم علاج لاضطراب الشخصية النرجسية، رغم أن كلا منها لا يزال فى حاجة لدراسة تقييم جيدة: العلاج النفسى السيكوديناميكى psychodynamic والعلاج الشخصى والمقاربات المعرفية السلوكية.

قدم كرنبرج (70) وكوهت (78) تطور مقاربات التحليل النفسى لعلاج اضطراب الشخصية النرجسية، أقدم مقاربة لعلاج هذه الحالة. ورغم تماثل آرائهما عن صورة النرجسية أو مظهرها، تختلف أفكارهما عن أسباب الحالة، ومن ثم عن علاجها. بإيجاز، يوصى كرنبرج بعلاج خبرات الطفولة المتعلقة بالهجْر فى الزبائن النرجسيين. على العكس، يعطى كوهت الأولوية لقضايا فى تطور الإدراك الذاتى وتنظيم المشاعر باعتباره وسيلة لتعويض مشاكل تتعلق بالانعكاس الأبوى فى الطفولة. لكنهما كليهما يحددان مصدر الحالة فى الخبرات السلبية فى الطفولة. ومن ثم، يتم التأكيد على التقنيات التقليدية فى التحليل النفسى، مع اهتمام خاص بتحليل عمليات الإحالة trans-

ference والإحـالة المضـادة counter-transference بين المعـالج والمريض باعـتـبـارها وسيلة لتيسير التغيير والتغلب على المقاومة (50).

تنشأ المقاربات الشخصية لعلاج اضطراب الشخصية النرجسية مع هارى ستوك سوليفان Sullivan وتركز على تحليل بنية العلاقات الاجتماعية ومعناها- فى الماضى والحاضر- فى العلاج. وتبدو المقاربات الشخصية مبشرة بعض الشيء مع اضطراب يتجلى بهذا المستوى العميق من الاختلال الوظيفى الشخصى (12). وأخيراً، تركز المقاربات المعرفية السلوكية على التجليات الحالية للنرجسية المضطربة وعلى العمليات المعرفية التى تصاحبها وتساعد على استمرارها. والغاية النهائية من المقاربات المعرفية السلوكية فى العلاج تعديل المعتقدات الشخصية التى تمثل أساس التعاظم والتقدير الذاتى الهش وعدم التعاطف. هكذا، يركز مخطط العلاج على تطور المخططات المعرفية المبكرة أو التصورات الذهنية للذات والآخرين، التى تؤدى إلى ظهور هذه الأعراض (124)، مما يتعارض مع مقاربة معرفية محدودة أكثر تركز على التفكير الحالى فقط (على سبيل المثال، (11)).

عموما، يُوصَى بالمقاربات المعرفية لعلاج اضطراب الشخصية النرجسية، كما يوصى بالارتباط بمعالج مدرب جيدا وخاضع للإشراف (26). وتقديم العلاجات للنرجسيين فى مجموعة غير مستحب (86)، رغم أن البعض يوصى به بحذر (على سبيل المثال، (105)). ومن المؤكد أن أى قدرة على الالتزام الشخصى مؤشر على إمكانية العلاج. ومع من يظهرون بعض القدرة على الالتزام تجاه الآخرين من المرجح أن يحقق العلاج أفضل تأثيرات. ونتيجة لذلك يجب اقتصار العلاجات الجماعية أو حتى الثنائية للزبائن النرجسيين على من يتمتعون بمهارات شخصية سليمة. أخيرا، لا يُعرَف أى علاج دوائى نفسى لأعراض اضطراب الشخصية النرجسية (26). العلاجات السيكولوجية، كتلك التى ذكرناها، هى الطريقة الوحيدة المعروفة لإحداث تغيير إيجابى.

وجود النرجسية فى مستخدمٍ لخدمات الصحة الذهنية كفيل بإثارة مشاعر الاهتمام بشأن احتمالية التقدم والتغير الإيجابى فى الممارسين. ماذا نحتاج إلى تحسينه لجعل الممارسين أكثر أملا بشأن أشكال التدخل؟ أولا، نحتاج إلى القيام بالكثير من الأبحاث ونشر النتائج فى الأدبيات البحثية والإكلينيكية عن علاج النرجسية ودوره فى علاج الحالات المرتبطة به. ولسوء الحظ، لا يتقدم معظم المصابين بنرجسية دالة إكلينيكيا لعلاج هذه الحالة إلا لحالات تظهر نتيجة لها (على سبيل المثال، اضطرابات استخدام المواد المخدرة، أو الاضطرابات ثنائية القطب، أو اضطراب الاكتئاب الجسيم)، لكننا نعرف القليل نسبيا بشأن كيفية تقديم العلاج عند تزامن الشكوى من النرجسية مع علة أخرى.

ثانيا، بينما توجد أعمال مفيدة جدا عن المهارات الإكلينيكية فيما يتعلق بالعمل مع زبائن مصابين باضطراب فى الشخصية (على سبيل المثال، (120))، توجد حاجة إلى المزيد. وبشكل خاص، ثمة حاجة لتوجيه يرشد الممارسين إلى كيفية تقييم احتياجات الزبون النرجسى بشكل كافٍ. لا يتم تعليم مهارات المقابلة والارتباط المستمر فى العلاج بشكل روتينى فى فصول تدريب الأطباء النفسيين والسيكولوجيين الإكلينيكيين، ومع ذلك يتوقع منهم العمل مع هذه المجموعة من الزبائن الأكثر احتياجا، وتحقيق قدر يسير من النجاح فى العلاج. يحتاج الممارسون والباحثون والزبائن أنفسهم إلى أن يكونوا أكثر صراحة بشأن ما يرونه من وسائل يمكن بها جمع المعلومات المرتبطة بالموضوع بصورة فعالة، واستخدامها بشكل أكثر فعالية لتشجيع الإصلاح والشفاء فى العلاقة العلاجية.

ثالثا، تتطلب العلاقة بين اضطراب الشخصية النرجسية والسيكوباتية مزيد من البحث والتوضيح. إلى أى حد تنطبق أدبيات السيكوباتية على الجناة الذين يحملون تشخيص اضطراب الشخصية النرجسية؟ لو لم يعتبر السلوك المضاد للمجتمع عرضًا من أعراض السيكوباتية، فهل تكون السيكوباتية إلا شكلا متطرفًا من النرجسية

المَرضية؟ بينما يوجد مجال لمزيد من التأمل، ينبغى أن تؤدى نتائج البحث الإمبريقى إلى تطور الأفكار فى هذا المجال.

وفيما يتعلق بالتقييم الإكلينيكى للخطر ومعالجة الزبائن النرجسيين، يُوصى بالتأكيد على المقاربات المهنية المنظمة للحكم. وتقدم هذه المقاربات للممارسين الذين يحاولون العمل مع الزبائن النرجسيين أعظم الفرص لمعالجة الخطر ومنع الأذى- طالما تُستخدَم هذه الأدوات للمساعدة فى التفكير والصياغة بدلا من استخدامها قائمة اختيارات ببساطة. والحكم الذى يتوصل إليه الممارسون ليس مستوى الخطر المتمثل فى زبون نرجسى، بل الحالات التى يجب أن تحدث فى الوقت ذاته لجعل الخطر غير مقبول. والتعبيرات البسيطة بشأن مستوى الخطر- مرتفع أو متوسط أو منخفض- بلا معنى بالنسبة للمكلفين بمعالجته. ويتحمل الممارسون الذين يقومون بتقييم الزبائن النرجسيين مسئولية أن يكونوا أكثر تحديدا- ومن ثم أكثر معرفة- لمجموعة العوامل التى تخلق خطراً غير متوقع، والفعل المطلوب لتقليل الخطر إلى أقصى حد، إذا لم يمنعوا حدوث النتائج المؤذية تماماً. ونتيجة لذلك، مطلوب مزيد من البحث فى آلية العلاقة بين النرجسية والعنف (والعنف الجنسى). إضافة إلى ذلك، يحتاج الممارسون والباحثون إلى القيام بمزيد من الجهد لنشر خبراتهم فى العمل مع الزبائن النرجسيين، حيث يسعون إلى صياغة الارتباط بين النرجسية والعنف. مطلوب مزيد من العمل عموما فى العوامل الوقائية وفيما يؤثر فى معالجة الخطر، مع هذه المجموعة من الزبائن ومع الزبائن المصابين باضطراب آخر من اضطرابات الشخصية والصور الإكلينيكية. والخدمات الإصلاحية والشرعية فى الصحة الذهنية رائعة فى القيام بأثر رجعى بتحديد ما كان مرتبطا بحدوث جرم؛ إن خبرتهم فى تحديد المطلوب عمله لمنع المخالفات المستقبلية وتبريره قبل حدوثه لا يزال فى مرحلة أولية من التطور (36).

الخلاصة

النرجسية من أكثر صور الشخصية المعروفة حتى الآن تعقيدا وفتنة، وإحباطا من الناحية الإكلينيكية. من النادر أن تكون النرجسية المرَضية السبب الأساسى فى التقدم للعلاج، وهى عامل معقد فى العنف والعنف الجنسى فى نسبة كبيرة من الجناة فى بريطانيا وغيرها. تستسلم المجموعة المميزة من التعاظم والاستحقاق وضعف المشاركة الوجدانية وإشكالية إدراك الذات لمشاكل تتعلق بارتباط هؤلاء الزبائن فى علاقات المساعدة والعلاج، والمشاكل فى القيام بتغيرات دائمة بالمفهوم الإكلينيكى لأعراض اضطرابهم، وفى تقييم خطر الضرر ومعالجته. إلا أن دراسة الزبائن المصابين بالنرجسية والجهود المبذولة للعمل معهم من أهم الدراسات فى خبرة الممارسين ومن أكثرها تحفيزا واستحقاقًا للذكر فى النهاية. ومطلوب المزيد من البحث لتطوير المهارات والعلاجات واستراتيجيات فعالة لمعالجة الخطر؛ ولن تتطور بدونها أفضل ممارسة مع هذه المجموعة من الزبائن. وأثناء ذلك يُوصَى الممارسون باستخدام الصياغة أساسًا لمعاملتهم مع الزبائن النرجسيين، ولتقييم وإشراف رسميين باعتبارهما وسيلة يمكن بها متابعة طبيعة ممارستهم وتأكيدها.

شكر: يود المؤلف أن يشكر البروفيسور ديفيد كوك على تعليقاته على المسودة الأولى لهذا الفصل.

المراجع

1. Akhtar, S. (2003) New Clinical Realms: Pushing the Envelop of Theory and Technique, Jason Aronson, Northvale, NJ.

2. American Psychiatric Association (1952) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, APS, Washington, DC.

3. American Psychiatric Association (1968) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd edn, APS, Washington, DC.

4. American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn, APS, Washington, DC.

5. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn APS, Washington, DC.

6. American Psychiatric Association (1952) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th 3en, text revised version, APS, Washington, DC.

7. Baumeister, R.F. and Campbell, W.K. (1999) The intrinsic appeal of evil: sadism, sensational thrills, and threatened egotism. Personality and Social Psychology Review, 3, 210-21.

8. Baumeister, R.F., Bushman, B.J. and Campbell, W.K. (2000) Self-esteem, narcissism and aggression: does violence result from low self-esteem or from threatened egotism? Current Directions in Psychological Science, 9, 26-9.

9. Baumeister, R.F., Catanese, K.R. and Wallace, H.M. (2002) Conquest by force: a

narcissistic reactance theory of rape and sexual coercion. Review of Current Psychology, 6, 92-135.

10. Baumeister, R.F., Smart, L. and Boden, J.M. (1996) Relation of threatened egotism to violence and aggression: the dark side of high self-esteem. Psychological Review, 103, 5-33.

11. Beck, A.T., Freeman, A. and Associates (1990) Cognitive Therapy of Personality Disorders, Guilford, New York.

12. Benjamin, L.S. (1993) Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders. Guilford, New York.

13. Berkowitz, D.A., Shapiro, R.L., Zinner, J. and Shapiro, E.R. (1974) Family contributions to narcissistic disturbances in adolescents. International Review of Psychoanalysis, 1, 353-62.

14. Blackburn, R. (1998) psychopathy and the contribution of personality to violence, in Psychopathy: Antisocial, Criminal and Violent Behavior (eds T. Millon, E. Simonsen, M. Birket-Smith and R.D. Davis), Guilford, New York, pp. 50-67.

15. Blackburn, R. (2007) Personality disorder and psychopathy: conceptual and empirical integration. Psychology, Crime and Law, 13, 7-18.

16. Blackburn, R. and Renwick, S.J. (1996) Rating scales for measuring the interpersonal circle in forensic psychiatric patients. Psychological Assessment, 8, 76-84.

17. Blackburn, R. and Glasgow, D.V. (2006) Manual for the Chart of Interpersonal Reactions in Closed Living Environment (CIRCLE). Unpublished manuscript, University of Liverpool.

18. Blackburn, R., Logan, C., Donnelly, J. and Renwick, S.J. (2003) Personality dis-

orders, psychopathy, and other mental disorders: comorbidity among patients at English and Scottish high security hospitals. Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 14, 111-37.

19. Blackburn, R., Donnelly, J.P., Logan, C. and Renwick, S.J. (2004) Convergent and discriminative validity of interview and questionnaire measures of personality disorder in mentally disordered offenders: a multitrait-multimethod analysis using confirmatory factor analysis. Journal of Personality Disorders, 18, 129-50.

20. Bockian, N.R. (2006) Personality-Guided Therapy for Depression, American Psychiatric Association, Washington, DC.

21. Brieger, P., Ehrt, U. and Merneros, A. (2003) Frequency of comorbid personality disorders. Comprehensive Psychiatry, 44, 28-34.

22. British Psychological Society (2006) Understanding Personality Disorder: A Report by the British Psychological Society, the British Psychological Society, Leicester.

23. Bursten, B. (1973) Some narcissistic personality types. International Journal of Psychoanalysis, 54, 287-300.

24. Bushman, B.J., Baumeister, R.F., Phillips, C.M. and Gilligan, J. (2001) Self-love and self-loathing behind bars: narcissism and self-esteem among violent offenders in a prison sample. Unpublished manuscript.

25. Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R. et al. (1989) The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for Administration and Scoring, University of Minnesota Press, Minneapolis, MN.

26. Campbell, W.K. and Baumeister, R.F. (2006) Narcissistic personality disorder, in Practitioner's Guide to Evidence-based Psychotherapy (eds J.E. Fisher and W.T. O'Donohue), Springer, New York, pp. 423-31.

27. Campbell, W.K., Goodie, A.S. and Foster, J.D. (2004) Narcissism, confidence and risk attitude. Journal of Behavioral Decision Making, 17, 297-311.

28. Carroll, L. (1987) A Study of narcissism, affiliation, intimacy, and power motives among students in business administration. Psychological Reports, 61, 355-8.

29. Clark, L.A. (2007) Assessment and diagnosis of personality disorder: perennial issues and an emerging reconceptualization. Annual Review of Psychology, 58, 227-57.

30. Clark, L.A. and Harrison, J. (2001) Assessment instruments, in Handbook of Personality Disorder: Theory, Research, and Treatment (ed. W. Livesley), Guilford, New York, pp. 277-306.

31. Cooke, D.J. and Michie, C. (2001) Refining the construct of psychopathy: Towards a hierarchical model. Psychological Assessment, 13, 171-88.

32. Cooke, D.J., Michie, C. and Hart, S.D. (2006) Facets of clinical psychopathy: towards clearer measurement, in Handbook of Psychopathy (ed. C.J. Patrick), Guilford, New York, pp. 91-106.

33. Cooper, A.M. (1998) Further developments in the clinical diagnosis of the narcissistic personality disorder, in Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical and Empirical (ed. E.F. Ronningstam), Jason Aronson, Northvale, NJ, pp. 53-74.

34. Cooper, A.M. and Sacks, M. (1991) Sadism and masochism in character disorder and resistance: panel report. Journal of American Psychoanalytic Association, 39, 215-26.

35. Craissati, J. (2004) Managing High Risk Sex Offenders in the Community: A Psychological Approach, Brunner-Routledge, Hove, East Sussex.

36. Douglas, K.S. and Kropp, P.R. (2002) A prediction-based paradigm for violence risk assessment: clinical and research applications. Criminal Justice and Behavior, 29, 617-58.

37. Douglas, K.S., Guy, L.S. and Weir, J. (2006) HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme: Overview and Annotated Bibliography, www.violence-risk.com/hcr20annotated.pdf (accessed 10 January 008).

38. Elkind, D. (1991) Instrumental narcissism in parents. Bulletin of Menninger Clinic, 19, 260-99.

39. Ellis, H. (1898) Auto-eroticism: a psychological study. Alienist and Neurologist, 19, 260-99.

40. Exner, J.E. (1993) The Rorschach: A Comprehensive System, Vol. 1, Basic Foundations, 3rd edn, John Wiley & Sons, Inc. New York.

41. Farrington, D.P. (2006) Family background and psychopathy, in Handbook of Psychopathy (ed. C.J. Patrick), Guildford, New York, pp. 229-50.

42. First, M.B., Frances, A. and Pincus, H.A. (1995) DSM-IV Handbook Differential Diagnosis, American Psychiatric Press, Washington, DC.

43. First, M., Gibbon, M., Spitzer, R. et al. (1997) User's Guide for Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorder, American Psychiatric Press, Washington, DC.

44. Fonagy, P. (2001) Attachment Theory and Psychoanalysis, Other Press, New York.

45. Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. and Target, M. (2002) Affect Regulation, Mentalisation, and the Development of the Self, Other Press, New York.

46. Foster, J.D., Campbell, W.K. and Twenge, J.M. (2003) Individual differences in narcissism: inflated self-views across the lifespan and around the world. Journal of Research in Psychiatry, 37, 469-86.

47. Freud, S. (1911/1957) psychoanalytic notes on an autobiographical account of a case of paranoia, in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol. 12 (ed. & Trans. J. Strachey), Hogarth, London, pp. 9-82.

48. Freud, S. (1914/1957) On narcissism, in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol. 14 (ed. & Trans. J. Strachey), Hogarth, London, pp. 66-102.

49. Freud, S. (1931/1957) Libidinal types, in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol. 21 (ed. & Trans. J. Strachey), Hogarth, London, pp. 217-20.

50. gabbard, G.O. (1998) Transference and counter-transference in the treatment of narcissistic patients, in Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical and Empirical (ed. E.F. Ronningstam), Jason Aronson, Northvale, NJ, pp. 125-46.

51. Garb, H.N., Lilienfeld, S.O. and Fowler, K.A. (2008) Psychological assessment and clinical judgement, in Psychopathology: Foundations for a Contemporary Understanding, 2nd edn (eds J.E. Maddux and B A. Winstead), Routledge/ Taylor & Francis Group, New York, pp. 103-24.

52. Goldberg, A. (1973) Psychotherapy of narcissistic injuries. Archives of General Psychiatry, 28, 722-6.

53. Green, A. (2202) A dual conception of narcissism: positive and negative organisation. Psychoanalytic Quarterly, 71, 631-49.

54. Gunderson, J. and Ronningstam, E.F. (2001) Differentiating antisocial and narcissistic personality disorder. Journal of Personality Disorders, 15, 103-9.

55. Harder, D.W. and Greenwald, D.F. (2008) A Handbook of Clinical Scoring Systems for Thematic Apperceptive Techniques, Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ.

56. Hare, R.D. (1991) The Hare Psychopathology Checklist- Revised, Multi-Health Systems, Toronto, OH.

57. Hare, R.D. (2003) The Hare Psychopathology Checklist- Revised, 2nd edn, Multi-Health Systems, Toronto, OH.

58. Harpur, T.J., Hakstian, A.R. and Hare, R.D. (1988) Factor structure of the psychopathy checklist. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 741-7.

59. Hart, S. (2001) Forensic issues, in Handbook of Personality Disorder: Theory, Research and Treatment (ed. W. Livesley), Guilford, New York, pp. 555-69.

60. Hart, S.D. and Hare, R.D. (1998) The association between psychopathy and narcissism: theoretical views and empirical evidence, in Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical and Empirical (ed. E.F. Ronningstam), Jason Aronson, Northvale, NJ, pp. 415-36.

61. Hart, S.D., Kropp, P.K., Laws, D.R. et al. (2003) The Risk for Sexual Violence Protocol: Structured Professional Guidelines for Assessing Risk of Sexual Violence. Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University, Vancouver.

62. Holdwick, D.J. , Hilsenroth, M.J., Castlebury, F.D. and Blais, M.A. (1998) Identifying the unique and common characteristic among the DSM-IV antisocial, bor-

derline and narcissistic personality disorders. Comprehensive Psychiatry, 39, 277-86.

63. Holmes, J. (2001) Narcissism: Ideas in psychoanalysis, Icon Books, Cambridge.

64. Horney, K. (1939) New Ways in Psychoanalysis, Norton, New York.

65. Howells, K. and Tennant, A. (2007) Ready or not, they are coming: dangerous and severe personality disorder and treatment engagement: Issues in Forensic Psychology, 7, 11-20.

66. Hughes, T. (1997) Tales from Ovid: Twenty-Four Passages from the Metamorphoses, Faber and Faber, London.

67. Jang, K.L., Livesley, W.J., Vernon, P.A. and Jackson, D.N. (1996) Heritability of personality disorder traits: a twin study. Acta Psychiatrica Scandanavica, 94, 438-44.

68. Karpman, B. (1941) On the need for separating psychopathy into two distinct clinical types: symptomatic and Idiopathic. Journal of Criminology and Psychopathology, 3, 112-37.

69. Kernberg, O. (1967) Borderline personality organization: Journal of American Psychoanalytic Association, 15, 641-85.

70. Kernberg, O. (1975) Borderline Conditions and Pathological Narcissism, Jason Aronson, New York.

71. Kernberg, O.F. (1998a) Pathological narcissism and borderline personality disorder: theoretical background and diagnostic classifications, in Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical and Empirical Implications (ed. E.F. Ronningstam), Jason Aronson, Northvale, NJ, pp. 29-51.

72. Kernberg, O.F. (1998b) The psychotherapeutic management of psychopathic, narcissistic and paranoid transference, in Psychopathy: Antisocial, Violent and Criminal Behavior (eds T. Millon, E. Simonsen, M. Birket-Smith and R.D. Davis), Guilford, New York, pp. 372-92.

73. Kernberg, P. (1989) Narcissistic personality disorder in childhood. Psychiatric Clinics of North America, 12, 671-94.

74. Kernis, M.H., Grannemann, B.D. and Barclay, L.C. (1989) Stability and level of self-esteem as predictors of anger arousal and hostility. Journal of Personality and Social Psychology, 56, 1013-22.

75. Kohut, H. (1966) Forms of transformation of narcissism. American Journal of Psychotherapy, 14, 243-71.

76. Kohut, H. (1971) The Analysis of Self, International Universities Press, New York.

77. Kohut, H. (1972) Thoughts on narcissism and narcissistic rage. The Psychoanalytic Study of the Child, 27, 360-400.

78. Kohut, H. (1977) The Restoration of Self, International Universities Press, New York.

79. Lewis, M. (1993) The development of anger and rage, in Rage, Power and Aggression (eds R.A. Glick and S.P. Roose), Yale University Press, New Haven, CT, pp. 148-68.

80. Livesley, W.J. and Jackson, D.N. (in press) Manual for the Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire, Sigma Press, Port Huron, MI.

81. Livesley, W.J., Jang, K.L., Jackson, D.N. and Vernon, P.A. (1993) Genetic and environmental contributions to dimensions of personality disorder. American Journal of Psychiatry, 150, 1826-31.

82. Loranger, A. (1999) International Personality Disorder Examination Manual: DSM-IV Module, American Psychiatric Press, Washington, DC.

83. Malmquist, C.P. (1996) Homicide: A Psychiatric Perspective, American Psychiatric Press, Washington, DC.

84. Meloy, J.R. (1997) Violent Attachments, Jason Aronson, New Jersey.

85. Meloy, J.R. (1998) The psychology of stalking, in The Psychology of Stalking: Clinical and Forensic Perspectives (ed. J.R. Meloy), Academic, San Diego, pp. 2-23.

86. Millon, T. (1999) Personality-Guided Therapy, John Wiley & Sons. Inc. New York.

87. Millon, T. and Davis, R.D. (1996) Disorders of Personality: DSM-IV and Beyond, 2nd edn, Wiley-Interscience, New York.

88. Millon, T., Davis, R. and Millon, C. (1997) The Millon Clinical Multiaxial Inventory-III Manual, 2nd edn, National Computer Systems, Minneapolis, MN.

89. Morey, L.C. (1991) Personality Assessment Inventory: Professional Manual, Psychological Assessment Resources, Tampa, FL.

90. Morey, L.C. and Jones, J.K. (1998) Empirical studies of the construct validity of narcissistic personality disorder, in Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical and Empirical (ed. E.F. Ronningstam), Jason Aronson, Northvale, NJ, pp. 351-74.

91. Murray, H. (1995) American icarus, in Clinical Studies of Personality, Vol. 2 (eds A. Burton and R. Harris), Harper, New York, pp. 615-41.

92. Näcke, P. (1899) Die sexuellen perversit?ten in der irrenastalt. Psychiatriche and Neurologische Bladen, 3, 67.

93. Poythress, N.G. and Skeem, J.L. (2006) Disaggregating psychopathy: where and how to look for subtypes, in Handbook of Psychopathy (ed. C.J. Patrick), Guilford, New York, pp. 172-92.

94. Raskin, R.N. and Terry, H. (1988) A principle-components analysis of the narcissistic personality inventory and further evidence of its constructive validity. Journal of Personality and Social Psychology, 54, 890-902.

95. Reich, A. (1960) Pathological forms of self-esteem regulation. The Psychoanalytic Study of the Child, 15, 215-32.

96. Reich, W. (1933/ 1949) Character Analysis, 3rd edn (Trans. T.P. Wolfe), Orgone Institute Press, New York.

97. Rinsley, D.B. (1989) Notes on the developmental pathogenesis of narcissistic personality disorder. Psychiatric Clinics of North America, 12, 695-707.

98. Rogers, R. (2003) Forensic use and abuse of psychological tests: multiscale inventories. Journal of Psychiatric Practice, 9, 316-20.

99. Ronningstam, E.F. (1996) Pathological narcissism and narcissistic personality disorder in Axis I disorders. Harvard Review of Psychiatry, 3, 326-40.

100. Ronningstam, E.F. (ed.) (1998) Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical and Empirical Implications, American Psychiatric Press, Washington, DC.

101. Ronningstam, E.F. (2005) Identifying and Understanding the Narcissistic Personality, Oxford University Press, New York.

102. Ronningstam, E.F. and Gunderson, J. (1990) Identifying criteria for narcissistic personality disorder. American Journal of Psychiatry, 147, 918-22.

103. Rosenfeld, H. (1971) A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: an investigation into the aggressive aspects of narcissism: International Journal of Psychoanalysis, 52, 169-78.

104. Rosenstein, D. and Horowitz, H.A. (1996) Adolescent attachment and psychopathology. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 244-53.

105. Roth, D.E. (1998) Narcissistic patients in group psychotherapy: containing affects in the early group, in Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical and Empirical Implications (ed. E.F. Ronningstam), Jason Aronson, Northvale, NJ, pp. 221-68.

106. Sadger, J. (1910) Ein Fall von multiplier Pervension mit hysterischen Absenzen. Jahrbuch fur Psychoanalytische und Psychpathologische Forschungen, 2, 59-133.

107. Schore, A. (1994) Affect Regulation and the Origin of the Self, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ.

108. Scully, D. (1990) Understanding Sexual Violence, HarperCollins Academic, London.

109. Singleton, N., Meltzer, H. and Gatward, R. (1998) Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales. The Stationary Office, London.

110. Skeem, J.L. and Cooke, D.J. (in press) Is criminal behaviour a central component of psychopathy? Conceptual directions for resolving the debate. Psychological Assessment.

111. Skeem, J.L., Poythress, N., Edens, J.F. et al. (2003) Psychopathic personality or personalities? Exploring potential variants of psychopathy and their implications for risk assessment. Aggression and Violent Behavior, 8, 513-46.

112. Stone, M. (1998) Normal narcissism: an etiological and ethological perspective, in in Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical and Empirical Implications (ed. E.F. Ronningstam), Jason Aronson, Northvale, NJ, pp. 7-28.

113. Torgersen, S., Lygren, S, ?ien, P.A. et al. (2000) A twin study of personality disorders. Comprehensive Psychiatry, 41, 416-25.

114. Trull, T.J. (2005) Dimensional models of personality disorder: coverage and cutoffs. Journal of Personality Disorders, 19, 262-82.

115. Twenge, J. and Campbell, W.K. (2003) "Isn't it fun to get the respect that we're going to deserve?" Narcissism, social rejection, and aggression. Personality and Social Psychology Bulletin, 29, 261-72.

116. W?lder, R. (1925) The psychoses: their mechanisms and axxessibility to influence. International Journal of Psychoanalysis, 6, 259-81.

117. Waldman, I.D. and Rhee, S.H. (2006) Genetic and environmental influences on psychopathy and antisocial behavior, in Handbook of Psychopathy (ed. C.J. Patrick), Guilford, New York, pp. 205-28.

118. Watson, P.J. and Biderman, M.D. (1993) Narcissistic personality inventory factors, splitting and self-consciousness. Journal of Personality Assessment, 61, 41-57.

119. Webster, C., Douglas, K., Eaves, D. and Hart, S. (1997) HCR-20: Assessing Risk for Violence, 2nd edn, Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University and the British Columbia Forensic Psychiatric Services Commission, Vancouver.

120. Widiger, T.A. (2005) Personality disorders, in Clinical and Diagnostic Interviewing, 2nd edn (ed. R.J. Craig), Jason Aronson, Oxford.

121. Widiger, T.A. (2006) Psychopathy and DSM-IV psychopathology, in Handbook of Psychopathy (ed. C.J. Patrick), Guilford, New York, pp. 156-71.

122. Wink, P. (1991) Two faces of narcissism. Journal of Personality and Social Psychology, 61, 590-7.

123. Young, J.E. (1999) Cognitive Therapy of Personality Disorders: A Schema-Focused Approach, 3rd edn, Professional Resource Press, Sarasota, FL.

124. Young, J.E., Klosko, J.S. and Weishaar, M. (2003) Schema Therapy: A Practitioner's Guide, Guilford, New York.

125. Zimmerman, M. (1994) Diagnosing personality disorder: a review of issues and research methods. Archive of General Psychiatry, 51, 225-45.

الفصل السادس

أنواع السيكوباتيين

رونالد بلاكبرن

جامعة ليفربول، المملكة المتحدة

المقدمة

إن تصنيف الكيانات اعتماداً على أوجه الشبه والاختلاف أساسى لكل علم. وفى علم نفس الجريمة، تكون أنظمة التصنيف التى تميز الأفعال الإجرامية، أو مرتكبيها، ضرورية للمعالجة والتنبؤ، وقرارات العلاج والفهم النظرى، وتعترف معظم المحاولات لتقليل تنوع الجناة بالشخصية السيكوباتية. تم أيضًا وضع فرضيات لتقسيم هذه المجموعة إلى مجموعات فرعية أكثر تجانسا، وأكثرها قبولا التمييز بين السيكوباتيين الأوليين والثانويين.

رجحت القائمةُ السيكوباتية المعدلة هذا التمييزَ (32). ولأنه يُفترَض أن القائمة السيكوباتية المعدلة تقيس مفهوم كليكلى Cleckly للسيكوباتى (21)، اعتُبِر أن السيكوباتيين المعرفين بالقائمة السيكوباتية المعدلة متجانسون. ورغم أن من المقبول الآن أن السيكوباتية تمثل بُعْدًا متصلا (25 و 33)، فإن القائمة السيكوباتية المعدلة متعددة العوامل، ويتم بشكل تقليدى تعريف عاملين فرعيين مترابطين. يعكس العامل الأول الاستخدام الأنانى والمتحجر للآخرين، والسمات الأساسية للسيكوباتية عند كليكلى.

ويعكس العامل الثانى السمات المنحرفة اجتماعيا وأسلوب الحياة. ويرتبط العملان بأنماط مختلفة من سمات الشخصية والسلوك المنحرف (32 و 55). لكن كوك افترض مؤخرا (على سبيل المثال، (22)) أن البنية المناسبة للعوامل فى القائمة السيكوباتية المعدلة تشمل العوامل الفرعية أو الأوجه الشخصية والوجدانية والسلوكية، بينما يؤكد هير (Hareعلى سبيل المثال، (34)) أن العاملين التقليديين أو نموذج الأوجه الأربعة (أوجه كوك Cookeزائد الوجه المضاد للمجتمع) بدائل قابلة للتطبيق بقدر متساوٍ.

ومهما تكن نتيجة هذه المناظرة، توحى البنية متعددة الأوجه للقائمة السيكوباتية المعدلة بأن المعدلات المرتفعة ربما تشمل مجموعات فرعية مميزة تختلف فى هذه الأوجه وفى خصائص أخرى، بدل أن تمثل مجموعة متجانسة. من ثم يتجدد الاهتمام بالتمييز بين الأوَّلى والثانوى (19و58 و62). وكما يؤكد هؤلاء المؤلفون، إذا كان السيكوباتيون متنوعين، فمن المطلوب إعادة النظر فى التعميم بشأن أسباب المرض، أو القابلية للعلاج، أو الخطورة. يفحص هذا الفصل الأساس النظرى والإمبريقى لتنوع السيكوباتيين. أفحصُ أولا التمييز بين السيكوباتيين الأوليين والثانويين وتطبيقه فى البحث. ثم أقوم بمراجعة الدراسات الإمبريقية التصنيفية، بما فيها أبحاثى الخاصة مع الجناة المضطربين ذهنيا، وما تشير إليه بشأن الخصائص الشخصية التى تحدد أنواع السيكوباتية. وأخيرا، أناقش ما يتضمنه هذا البحث بالنسبة للممارسة الإكلينيكية مع الجناة العنيفين.

مفاهيم السيكوباتية الأولية والثانوية

مفاهيم أسباب المرض:

نشأ التمييز بين الأولى والثانوى مع كاربمان Karpman (على سبيل المثال، (40)؛ (41)). اعتبر الصفة "سيكوباتى" شاملة لكل الحالات المتنوعة مع بضعة عوامل مشتركة

وراء السلوك المضاد للمجتمع، لكنه ميز **السيكوباتيين الثانويين أو العرضيين** *sympto-matic* من **السيكوباتيين الأوليين أو التلقائيين** *idiopathic* فيما يتعلق بالحافز. السلوك المضاد للمجتمع فى مرضى النوع الأول ثانوى لاختلال ذهانى أو صراعات عصابية ناشئة عن الرفض الأبوى، ويجب تشخيصهم بأنهم ذهانيون أو عصابيون وليس سيكوباتيين. لكن السيكوباتيين الأوليين يفتقرون إلى "الضمير والإحساس بالذنب والارتباط والمشاعر الكريمة... ويتسمون بالأنانية الشديدة، وتسود فيهم النزعات الغريزية المنفلتة" (41، ص ٥٣٣). وسبب المرض عندهم تكوينى. واقترح تسميتهم **بالمنفلتين** *anethopaths*، والتخلى عن تسميتهم سيكوباتيين. واقترح أيضًا تقسيم المنفلتين إلى نوعين **النهابين العدوانيين** *aggressive-predatory* **والطفيليين السلبيين** passive-parasitic (40).

يتشابه السيكوباتيون الأوليون والثانويون سلوكيا. وتتميز المجموعتان كلتاهما بالأنانية والتحجر والكذب والاندفاع والسلوك المضاد للمجتمع، لكن السيكوباتيين الأوليين ربما يكونون أقل اندفاعًا أو تهورًا. لكن توجد تحت أوجه الشبه اختلافات تحفيزية فى شكل دوافع قوية مثل العداء أو الشعور بالذنب. ويتطلب الكشف عن هذه الاختلافات استكشاف سيكوديناميكى، ويكون تشخيص شخص بأنه سيكوباتى أوَّلى مبررا حين لا يتبين وجود شىء دال ذى أصل نفسى psychogenic. وبالصفة ذاتها يكون السيكوباتيون الثانويون قابلين للعلاج، لكن السيكوباتيين الأوليين "غير قابلين للشفاء".

وضعتْ ميلى Mealey (49) تمييزا بديلا. يميز نموذجها التطورى بين نوعين فى نقاط مختلفة على سلسلة **سوشيوباتية** *sociopathy*، استراتيجية للحياة تتسم بتفاعلات اجتماعية جشعة[1]. تفترض طراز جينى genotype للسلوك المنحرف اجتماعيا يجعل الناس أقل استجابة لمفاتيح السلوك الاجتماعى، وفقراء فى مشاعر اجتماعية من قبيل

(١) سوشيوباتية sociopathy: فَضَّلْتُ الاحتفاظ بالمصطلح الإنجليزى، كما يتم الاحتفاظ عادة بمصطلح السيكوباتية، ويتكون المصطلح من مقطعين، الأول socio بمعنى اجتماعى، والآخر pathy أى مرضى.

الخجل والشعور بالذنب والحب. **السوشيوباتيون الأوليون** عدد صغير، لكنه ثابت من "المحتالين" المنتقين فى كل ثقافة من خلال عمليات تطورية. إنهم نتيجة اختلافات جينية ويوجدون عبر الفئات الاجتماعية. يحتل **السوشيوباتيون الثانويون** وضعا أقل تطرفا على السلسة، ويعكسون استجابة تطورية للظروف البيئية التى تكون فيها استراتيجية الاحتيال أكثر احتمالا بين الأفراد فى وضع تنافسى سيء. إن معظم السوشيوباتيين سوشيوباتيون أوليون، لكن السوشيوباتيين الثانويين يأتون على الأرجح من طبقة أدنى أو مجموعات فى أوضاع سيئة. تنعكس السوشيوباتية الأولية فى العامل الأول على القائمة السيكوباتية المعدلة والسوشيوباتية الثانوية على العامل الثانى.

مَيَّز بورتر Porter (57) أيضًا مسارين طبقا للأسباب، أحدهما خَلْقى والآخر بيئى، ويؤديان كلاهما إلى النتيجة المظهرية phenotypic ذاتها، والنتيجة فى هذه الحالة خصائص وجدانية تميز السيكوباتية. وتنتج السيكوباتية الجوهرية fundamental psy-chopathy، وتتسم بالعجز عن تكوين روابط مع الآخرين ونقص المشاركة الوجدانية والضمير، عن استعداد جينى. فى السيكوباتية الثانوية، تنتج النتيجة ذاتها من الخبرات الرَّضيَّة traumatic المبكرة للإساءة الجسدية أو الجنسية، أو أى شكل آخر من سوء المعاملة. وينتج عن هذا تفكك للوجدان تكون فيه القدرة على المشاركة الوجدانية "معطلّة" من خلال خيبة الأمل. يمكن رؤية التأثيرات فى اضطراب توتر ما بعد الرض (PTSD) والعنف. وتظهر المجموعتان أنماطًا متماثلة على القائمة السيكوباتية المعدلة على العامل الأول والعامل الثانى، لكنهما نتيجة لتواريخ تطورية مختلفة.

السيكوباتية الأولية والثانوية في نظريات الشخصية:

تربط بعض نظريات السيكوباتية التمييز بين الأولى والثانوى بالنماذج البنيوية للشخصية. فى نظرية أيزنك Eysenck فى الإجرام (26)، يتوقع أن يكون السيكوباتيون مرتفعين على العصابية والانبساط والذهانية، لكن السيكوباتيين الأوليين أعلى من

السيكوباتيين الثانويين على الذهانية وأقل على العصابية. عدَّل جراى Gray (على سبيل المثال، (30)) نظرية أيزنك، مفترضا أن علاقات العصابية والانبساط تخضع لبعْدَى الانطواء العصابى والانبساط العصابى، وأطلق عليهما "القلق" و"الاندفاع" بالتتابع. وهما تعبيران عن استعداد النشاط فى جهاز الكف السلوكى Behavioural Inhibition System، الحساس لإشارات العقاب، وجهاز التنشيط السلوكى Behavioural Activation System، الذى يستجيب لإشارات التشجيع، بالتتابع. ويربط جراى السيكوباتية بضعف جهاز الكف السلوكى، ويتضمن ذلك أن السيكوباتيين الأوليين ليسوا انبساطيين غير عصابيين. ورُبِط جهاز التنشيط السلوكى حديثا بالانبساط والذهانية (11).

فى النموذج البديل للعوامل الخمسة عند زكرمان Zuckerman (69)، يعتبر السيكوباتيون الأوليون مرتفعين على أبعاد الاندفاع والانبساط والعدوانية، ومنخفضين على العصابية، ومرتفعين على كل من العامل الأول والعامل الثانى فى القائمة السيكوباتية المعدلة. يختلف السيكوباتيون الثانويون فى كونهم منخفضين على الانبساط، ومرتفعين على العصابية، ومرتفعين أساسا على العامل الثانى للقائمة السيكوباتية المعدلة. يختلف زكرمان إذن عن أيزنك ولاكن Lykken (انظر ما يلى) فى اعتبار السيكوباتيين منخفضين فى العصابية، والسيكوباتيين الثانويين انطوائيين.

فى نظرية أكثر شمولا، يقسم لاكن (45) الشخصيات المضادة للمجتمع إلى أجناس لن يتسمون بأمزجة شاذة تجعل من الصعب عليهم أن يكونوا اجتماعيين **(السيكوباتيين)**، والسيئين اجتماعيا **(السوشيوباتيين)**، والاجتماعين بشكل طبيعى لكنهم يسلكون من وقت لآخر سلوكًا مضادا للمجتمع يرتبط بدوافع عصابية **(السمات العصابية)**. يشبه النوع الأخير السيكوباتيين الثانويين عند كاربمان Karpman، لكن لاكن يميزهم عن السيكوباتيين. ويقترح أيضًا أن السوشيوباتيين الثانويين عند ميلى Mealy يناظرون السوشيوباتيين عنده وليسوا نوعا من السيكوباتيين.

وتستخدم الشخصية والخصائص البيولوجية لتمييز الأنواع الأولية والثانوية من السيكوباتيين. توصف الشخصية بالأبعاد السامية للانفعالية السلبية، والانفعالية

الإيجابية، وكبح الانفعالات، وتناظر العصابية والانبساط وانخفاض الذهانية عند أيزنك بالتتابع. ولا يعتقد لاكن Lykken أن لدى السيكوباتيين نقصًا فى الخبرة الانفعالية عمومًا، لكنه يعتقد أن **السيكوباتيين الأولين** لديهم عيب سطحى فى تجنب **الخوف** أو الأذى. ورغم أن **السيكوباتيين الثانويين** يظهرون قدرًا من الانفعالية السلبية والانفعالية الإيجابية وتجنب الأذى أكبر مما يُظهِر السيكوباتيون الأوليون، فإن تجنب الأذى يمثل السمة المميزة الحاسمة. وهذه سمة أولية تساهم فى عامل كبح الانفعالات عند تيليجن Tellegen.

يجمع لاكن بين نظريته ونظرية السيكوباتية لفولز وجراى Fowles-Gray (28). لدى السيكوباتيين الأوليين جهاز كف سلوكى ضعيف يرتبط بانخفاض الخوف، وميل للخطر، وسعى وراء اللذة الحسية. ولدى السيكوباتيين الثانويين جهاز كف سلوكى طبيعى، لكن لديهم جهاز تنشيط سلوكى مفرط النشاط، مما يؤدى أيضًا إلى المخاطرة والاندفاع، ويؤدى، إضافة إلى ذلك، إلى هشاشة فى مواجهة التوتر. ويحتمل أن يسجل السيكوباتيون الأوليون معدلات أعلى على العامل الأول فى القائمة السيكوباتية المعدلة، ويسجل السيكوباتيون الثانويون معدلات أعلى على العامل الثانى.

مشاكل التمييز:

بين هذه المفاهيم عن السيكوباتية الأولية والثانوية أوجه تشابه سطحية فقط، وتختلف فى المتغيرات التى تميز المجموعتين، وخاصة فى مساهمة الجينات والنمو فى الأسباب، وفى الاختلافات الظاهرية فى العصابية والانبساط والعامل الثانى فى القائمة السيكوباتية المعدلة. وكان لتمييز كاربمان أكبر تأثير على الأبحاث، لكن تبقى هناك مشاكل فى التمييز.

أولا، عرَّف كاربمان السيكوباتيين الأولين عموما بالنفى، مثلما هو حال من ليس لديهم سبب نفسى نشط للسلوك المنحرف. يتبع معظم الباحثين لاكن (44) فى تعريف

السيكوباتيين الأوليين مع السيكوباتيين "الحقيقيين" عند كليكلى، مما يخلق فوضى فى المصطلح والتصنيف. السيكوباتيون الأوليون والثانويون عند كاربمان نوعان من الجنس ذاته المضاد للمجتمع. لكن كليكلى لا يذكر السيكوباتيين الأوليين والثانويين، واعتبر السيكوباتيين والعصابيين جنسين مختلفين. يتميز السيكوباتيون بنقص القلق "ويظهرون أقل من الشخص المتوسط ما يعتبر على نطاق واسع أساسيا فى العصابى" (21، ص ١٤٦). تضم المعايير التى وضعها للسيكوباتية معايير الإقصاء "غياب الهذاء delu-sions والعلامات الأخرى الدالة على التفكير غير المنطقى" و"غياب العصبية أو التجليات النفسية العصابية". من ثم تستبعد السيكوباتية، عند كليكلى **بالتعريف** نوعا ثانويا أو عصابيا. وهذه ليست مجرد قضية سيمنطيقية semantic لأن السيكوباتيين الثانويين ينبغى ألا يكونوا "سيكوباتيين" على القائمة السيكوباتية المعدلة إذا كانت مقياسًا صالحًا لمفهوم كليكلى (انظر ما يلى).

ثانيا، لا يوجد مفهوم "حقيقى" للسيكوباتى الأوَّلى أو الثانوى. والفئات المستنبطة نظريا فرضيات شرْطية، يُحكَم عليها بفائدتها فى التنبؤ والتفسير. وكما هو الحال مع الاختبارات النفسية، يجب أن تخضع محاولات تعريفها إمبريقيا لتحقق منظم من صحتها (39). وهى عملية جدلية تتطلب باحثين يتناولون بدأب مسألة إن كانت الفئات المفترضة موجودة، وإن كانت تتميز بمتغيرات مستخدمة لتعريفها بشكل يعتمد عليه. يعالج معظم الباحثين "الحافز العصابى" عند كاربمان ونقص القلق عند كليكلى باعتبارهما الأساس المظهرى للتمييز، مفسرين غياب المشاكل العصابية المتعلقة بالقلق، كما يُقيَّم بمقاييس من قبيل مقياس ويلش للقلق Welsh Anxiety Scale (67). وهذه المقاييس مكملة لبعد العصابية للشخصية أو الانفعالية السلبية (66). لكن تعريف الأنواع الفرعية إجرائيا بهذه الطريقة خطوة أساسية، لكنها مجرد خطوة تمهيدية، للتحقق من صحة التمييز بين الأوَّلى والثانوى.

وبهذا الصدد توضع نماذج الشخصية طبقا لسبب المرض. يقترح بورتر Porter (57) أن نظريات أسباب المرض التى تحدد مسارات مختلفة للنتيجة المظهرية ذاتها غير

قابلة للاختبار إلا بالبحث الطولى. إن الأصل الجينى، مقابل البيئى، الذى تفترضه بعض النظريات، أساس بعيد الاحتمال للتمييز بين الأوَّلى والثانوى، لأن التنوع الجينى يساهم فى معظم متغيرات الشخصية. ومن ثم تكون الاختلافات فى المزيج الجينى البيئى محتملة أكثر (2 و 69). ويتضمن هذا دوراً لدراسة جينات السلوك والبحث التطورى فى تمييز أنواع السيكوباتية (58 و 62)، لكن التمييز المظهرى لأنواع فرعية ضرورى للبحث والتدخل، كما اعترفت ميلى Mealey (49).

تركز المناقشة التالية أولا على فائدة القلق أو الانفعالية السلبية فى تمييز السيكوباتيين الأوليين عن الثانويين، وثانيا على المقاربات التصنيفية الإمبريقية لتعريف أنواع السيكوباتية. ورغم أن القائمة السيكوباتية المعدلة أصبحت "المعيار الذهبى" لتقييم السيكوباتية، فقد جاء الكثير من أبحاث السيكوباتية قبل ظهور القائمة السيكوباتية المعدلة، والتقييمات المستخدمة لمعايير كليكلى، أو مقاييس الاستبيان التى تقيِّم السيكوباتية. وتضم المناقشة إشارة إلى بعض هذه الأبحاث.

السيكوباتية والقلق والشخصية

أدت أبحاث كثيرة إلى التمييز بين الأوَّلى والثانوى باستخدام معايير القلق أو الانفعالية السلبية لتحديد الصور "الأنقى" للسيكوباتيين عند كليكلى. عرَّف لاكن (44)، على سبيل المثال، السوشيوباتيين العصابيين بأنهم مرضى شُخِّصوا إكلينيكيا سيكوباتيين ولم تنطبق عليهم معايير كليكلى "فى أوجه مهمة". ووُجِد أن السوشيوباتيين العصابيين يحققون معدلات أعلى من السوشيوباتيين الأوليين والمجموعات الضابطة على مقياس تايلور للقلق الظاهر Taylor Manifest Anxiety Scale، لكن السوشيوباتيين الأوليين حققوا معدلات أدنى على مقياس القلق الواقعى (الخوف). وشيد لاكن المقياس الأخير مؤشراً لعيب وجدانى معين، ولا يعتقد، كما ذكرنا من قبل، فى وجود عيب وجدانى عام لدى السيكوباتيين الأوليين (45).

لكن الباحثين التالين يفترضون أن المعدلات المنخفضة على مقاييس القلق تعكس العيوب الوجدانية الشخصية التى يؤكد عليها كليكلى، وعرفّوا السيكوباتيين الأولين والثانويين بأنهم **المتعادلون** على مقياس السيكوباتية، لكنهم يختلفون فى القلق (على سبيل المثال، (37)؛ (53)؛ (59)؛ (68)). وتعرِّف هذه الدراساتُ السيكوباتيةَ بطرق مختلفة، لكنها أكدت الاختلافات بين المجموعتين الأولية والثانوية على متغيرات مثل التعلم تحت شروط معملية، أو نظم بناء الشخصية أو سوء التصرف طبقا للعرف وجد نيومان Newman وآخرون (53)، على سبيل المثال، أنه رغم اعتراضات لاكن على استخدام معايير القلق للتمييز بين الأوّلى والثانوى، فإن سيكوباتيى القائمة السيكوباتية المعدلة الذين يتم تحديدهم كأوليين أو ثانويين بمقياس ويلش للقلق مختلفون على مقياس جهاز الكف السلوكى ومقياس جهاز التنشيط السلوكى كما تنبأت نظرية لاكن. وتوضح دراسات أخرى أن الاختلافات بين السيكوباتيين وغير السيكوباتيين على مقاييس مرتبطة بالموضوع نظريا تُعدِّل بمستوى القلق (19).

ورغم دعم هذا البحث لفائدة القلق فى التمييز بين الأوّلى والثانوى فإنه يثير التساؤلات حول علاقة القائمة السيكوباتية المعدلة بمفهوم كليكلى. وكما لاحظنا من قبل، بسبب استخدام كليكلى لمعيار الإقصاء "غياب العصبية"، ينبغى أن يكون معدل السيكوباتيين الثانويين أو القلقين منخفضًا على القائمة السيكوباتية المعدلة إذا كانت مقياسًا صالحًا لمفهوم كليكلى، ويجب أن ترتبط القائمة السيكوباتية المعدلة عكسيا بالقلق. لكن معيار الإقصاء الذى وضعه كليكلى غير متضمن فى القائمة السيكوباتية المعدلة، ويتوافق القلق المرتفع بوضوح من المعدلات المرتفعة على القائمة السيكوباتية المعدلة.

وجد شميت Schmitt ونيومان (60) أن معدلات القائمة السيكوباتية المعدلة عمومًا، والعامل الأول والعامل الثانى، غير مترابطة مع مقاييس القلق، أو العصابية، أو الخوف، واستنتجا أن القائمة السيكوباتية المعدلة مستقلة عن القلق. واقترحا أن القائمة السيكوباتية المعدلة لا تمثل مفهوم كليكلى بصدق. ويجادل هيرHare (32) بأن غياب

العصبية ليس حاسما فى مفهوم كليكلى، وهذا النقص للقلق تغطيه، على أى حال، بنود فى القائمة السيكوباتية المعدلة ترتبط بخبرات وعمليات انفعالية أكثر عمومية، مثل نقص الندم أو الشعور بالذنب، والوجدان السطحى أو التحجر/ نقص المشاركة الوجدانية. وتبرهن المعدلات المرتفعة المتساوية على القائمة السيكوباتية المعدلة للسيكوباتيين الأوليين والثانويين على عكس هذا.

ورغم ضعف ارتباطات القلق مع القائمة السيكوباتية المعدلة عموما (32)، فقد وجدت دراسات أخرى علاقات مميِّزة بين الوجدانية السلبية وعاملى القائمة السيكوباتية المعدلة. وأوضح باترك Patrick وزملاؤه (على سبيل المثال، (37)؛ (54)؛ (55)) أن العلاقات المميِّزة تصبح أكثر وضوحًا مع تجزيء التباين المشترك فى العامل الأول والعامل الثانى وفحص الأوجه الخاصة بالانفعالية. ووجدوا، باستخدام استبيان الشخصية متعدد الأبعاد لتيليجن Tellegen's Multidimensional Personality Questionnaire، ومع بعض الاتساق أن العامل الأول يرتبط سلبًا بمقياس تفاعل التوتر (القلق) على الانفعالية السلبية وإيجابيا مع القوة الاجتماعية (الهيمنة) ومقاييس الإنجاز على الانفعالية الإيجابية. لكن العامل الثانى يرتبط إيجابيا مع كل المقاييس الأولية للانفعالية السلبية، وسلبا مع مقاييس الانفعالية الإيجابية للرفاهية والإنجاز، ونسبيا مع كبح الانفعالات. وتترابط القائمة السيكوباتية المعدلة ككل فقط مع مقياس العدوانية لمقياس الانفعالية السلبية، والعلاقة إيجابية.

يقترح هيكز Hicks وباتريك أن الاختلاف الفريد للعامل الأول ربما يفسر نقص القلق الذى يؤكد عليه كليكلى. تخفى العلاقة الضعيفة للقائمة السيكوباتية المعدلة عموما بالقلق العلاقات المتعارضة للانفعالية السلبية بعاملَى القائمة السيكوباتية المعدلة. لكنهما يلاحظان أن القائمة السيكوباتية المعدلة متعددة الأبعاد بوضوح وتتجاوز مفهوم كليكلى.

يحتوى بعدا الانفعالية السلبية والانفعالية الإيجابية عند تيليجن على عناصر بُعْد القبول فى نموذج الأبعاد الخمسة (انظر (46))، والنتائج السابقة متسقة مع أعمال

أخرى تشير إلى أن القائمة السيكوباتية المعدلة تقدم مجموعة معقدة من سمات الشخصية. ويبرهن لنام Lynam وويديجر Widiger (47)، فى "ترجمتهم" القائمة السيكوباتية المعدلة إلى مجالات أوجه نموذج العوامل الخمسة، على أن معظم معايير القائمة السيكوباتية المعدلة ترتبط بانخفاض القبول (التضاد)، أو انخفاض يقظة الضمير، بينما تقدم أوجه العصابية والانبساط مساهمات إيجابية وسلبية. يؤكد هذا التحليل على مساهمة التضاد أكثر مما يؤكد على العصابية فى القائمة السيكوباتية المعدلة، لكنه يؤكد رغم ذلك على تعقد القائمة السيكوباتية المعدلة.

تفسر الطبيعة متعددة الأبعاد للقائمة السيكوباتية المعدلة النتائج المتعلقة بأن بعض ذوى المعدلات العالية على القائمة السيكوباتية المعدلة قلقون أيضا إلى حد بعيد. ولأن القائمة السيكوباتية المعدلة تنحاز جزئيا فقط لمفهوم كليكلى، فسيكون بعض ذوى المعدلات العالية فقط سيكوباتيين "خالصين" طبقا لمفهوم كليكلى. ويعوض تقسيم ذوى المعدلات المرتفعة على القائمة السيكوباتية المعدلة إلى مجموعة مرتفعة القلق ومجموعة منخفضة القلق العلاقات المضادة للقلق مع عاملى القائمة السيكوباتية المعدلة، ويؤدى إلى تداخل تحديد مجموعات السيكوباتيين طبقا للقائمة السيكوباتية المعدلة فى السمات المنحرفة، وإحداهما قريبة من السيكوباتى عند كليكلى. ومن ثم يبرِّر الاستخدام التقليدى لمقاييس القلق لتمييز السيكوباتيين الأوليين والثانويين بالبنية متعددة الأبعاد للقائمة السيكوباتية المعدلة. فى الوقت ذاته، توحى هذه البنية بأن المعدلات المرتفعة قد تتضمن مجموعات فرعية متجانسة تتميز بأنماط من سمات الشخصية أكثر تعقيداً من القلق وحده.

التصنيفات الإمبريقية

تسعى التصنيفات الإمبريقية إلى تحديد موضوعى لأنماط متعددة الأبعاد تحدث بشكل طبيعى، وتقدم المناهج التحليلية العنقودية للتصنيف الرقمى numerical taxonomy

أقوى طريقة لتحقيق هذا الهدف (63). يهدف التحليل العنقودى إلى تحديد مجموعات متجانسة نسبيا، تستبعد كل منها الأخرى طبقا لأوجه متماثلة من الخصائص. ويضع التحليل العنقودى الكيانات فى مجموعات، وقد تولّد مناهج عنقودية مختلفة حلولا مختلفة للبيانات ذاتها. مثل التحليل العاملى الاستكشافى exploratory factor analysis، تخضع المناهج العنقودية التقليدية لشكوك إجرائية، مثل حسم العدد المناسب للمجموعات، ويتشكك بعض المؤلفين فى قدرتها على حل قضايا النماذج فى علم نفس الشواذ abnormal psychology.

ربما تحل التطورات المنهجية التى تطبق معياراً إحصائيا مناسبا لحسم الاختيار ضمن حلول بديلة (التجميع على أساس النموذج (29)) بعض هذه القضايا، وقد طُبِّقَتْ فى دراسات حديثة عن السيكوباتية (انظر ما يلى)[٢]. ورغم ذلك، يمكن أن تتأكد قوة المجموعات الإمبريقية المحددة من خلال المناهج بالتكرار والصلاحية الخارجية external validation. وحتى الآن، استخدمت الجهودُ المبذولة لتحديد الأنواع السيكوباتية استبيانات التقرير الذاتى، أو القائمة السيكوباتية المعدلة، أو مزيجاً منهما، والنتائج الأساسية ملخصة هنا (للاطلاع على مراجعات وافية، انظر (58)؛ (62)).

أنواع داخل القائمة السيكوباتية المعدلة:

حدد البعض أنواعًا سيكوباتية بتحليلات عنقودية تشمل معدلات القائمة السيكوباتية المعدلة. حلل اثنان متغيرات القائمة السيكوباتية المعدلة وحدها. جمع هاباسالو Haapasalo وبولكينين Pulkinnen (31) بنود القائمة السيكوباتية المعدلة فى جناة لا يتسمون بالعنف، وحددا مجموعة بمعدلات أعلى على بنود العامل الأول، ومجموعة ثانية بمعدلات أعلى على بنود العامل الثانى، وثالثة بمعدلات منخفضة على

(٢) مناسبا goodness-of-fit: تعبير إحصائى يعنى مطابقة البيانات الملاحَظة للقيم التى توقعتها النظرية.

معظم البنود. وضمت الثانية من صدرت بحقهم أحكام أكثر، وكانوا أكثر انبساطًا واندفاعًا، بينما كانت الأولى أعلى على مقياس السلوك الاجتماعية لجوف Gough's So-cialisation scale، لكن المجموعات كانت متماثلة على العصابية. تشبه المجموعة الأولى السيكوباتيين عند كليكلى، لكن لم يوضع فى الاعتبار التمييز بين الأوليين والثانويين.

فى دراسة غير منشورة، قصر هرفى Hervé وهير Hare ((36)، ذكرت فى (58)) تجميع المتغيرات على أوجه كوك Cooke فى القائمة السيكوباتية المعدلة، وعلى المكون المضاد للمجتمع فى جناة ذوى معدلات عالية على القائمة السيكوباتية المعدلة. وقد وُصفت المجموعات السيكوباتية الأربع بأنها **نموذجية** *prototypical* (مرتفعة على كل الأوجه)، **وقوية** *macho* (منخفضة على الوجه الشخصى)، **ومناورة** *manipulative* (منخفضة على وجه أسلوب الحياة)، **وسيكوباتية زائفة** *pseudo-psychopathic* (منخفضة على الوجه الوجدانى). ووُجدت اختلافات فى الجرائم، لكن بوتريس Poythress وسكيم Skeem ينتقدان هذه الدراسة بسبب تلوث المعيار (تؤثر الجرائم على معدلات القائمة السيكوباتية المعدلة) وعدم المصداقية الخارجية.

باستخدام مجال أوسع من المتغيرات، حدد ألترمان Alterman وآخرون (1) أنواع المضادين للمجتمع بين الرجال المعتمدين على الأفيون، مجمعين مكونات البالغين واضطراب السلوك فى اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، والقائمة السيكوباتية المعدلة ككل، ومقياس السلوك الاجتماعى لجوف، وقارنوا المجموعات على مقاييس إكلينيكية ومقاييس شخصية. من المجموعات الست، سجلت ثلاث مجموعات معدلات عالية على القائمة السيكوباتية المعدلة. الأولى، **رجال مضادون جدا للمجتمع ظهر عليهم الاضطراب مبكرا**، يعانون من مشاكل خطيرة نتيجة إساءة استخدام المواد المخدرة، ودرجة عالية من القلق، والاكتئاب، والعداء، وارتباطات غير آمنة، واضطراب الشخصية الارتيابية والحدية بشكل واضح. الثانية، **رجال مضادون للمجتمع ظهر عليهم الاضطراب متأخرا**، متماثلون، لكنهم مصابون بمستويات مرتفعة من اضطراب الشخصية الهستيرية والنرجسية. الثالثة، **رجال مجرمون سيكوباتيون، لكنهم**

اجتماعيون أكثر. مصابون بمستويات منخفضة من القلق والعداء والشعور بالذنب والاكتئاب واضطراب الشخصية. مرة أخرى، لم يُطرَح التمييز بين الأوَّلى والثانوى، لكن سيكوباثولوجيا المجموعتين الأولى والثانية توحى بالسيكوباتية الثانوية.

استنبط فاسيلفا Vassileva وآخرون (64) مجموعات ضمن نزلاء السجون باستخدام العامل الأول والعامل الثانى فى القائمة السيكوباتية المعدلة، والمقياس الشخصى للسيكوباتية Interpersonal Measure of Psychopathy، ومعدلات إساءة استخدام الكحول والعقاقير والاعتماد عليها، ومقياس للقلق. تم التحقق من صحة أربع مجموعات من البيانات الديموجرافية وبيانات الإجرام. سجل السيكوباتيون الثانويون أعلى معدلات على العامل الثانى والقلق، وكانوا يعانون بشكل أكثر حدة من مشاكل إساءة استخدام المواد المخدرة، وسجلوا مستويات متوسطة على العامل الأول والمقياس الشخصى للسيكوباتية. كانوا أكبر سنا، وأكثر تنوعا فيما يتعلق بالإجرام، ومتهمين أكثر بجرائم لا تتسم بالعنف. سجل **المجرمون غير السيكوباتيين مع مشاكل الكحول والعقاقير** معدلات أقل على العامل الأول والعامل الثانى والقلق والمقياس الشخصى للسيكوباتية، وكانوا أقل إجرامًا. وكان **السيكوباتيون الأوليون** أعلى على العامل الأول والمقياس الشخصى للسيكوباتية، ومتوسطين على العامل الثانى، وأقل قلقا، وكانوا يعانون من مشاكل إساءة استخدام المواد المخدرة بشكل أقل حدة. كانوا الأكثر عنفا وتنوعا فيما يتعلق بالإجرام. وكان **المجرمون بسمات سيكوباتية** أقل على العامل الأول والمقياس الشخصى للسيكوباتية والقلق، وكانت مشاكل إساءة استخدام المواد المخدرة أقل، وكانوا أقل إجراما. ودعمت مجموعتان التمييز بين الأوَّلى والثانوى.

على النقيض من هذه التحليلات، استخدم بلاكبرن Blackburn وكويد Coid (13) القائمة السيكوباتية المعدلة والمسار الإجرامى والسيكوباثولوجيا معايير خارجية للتحقق من صحة مجموعات اضطرابات الشخصية فى النسخة الثالثة من الدليل الأمريكى بين الجناة الذكور المتسمين بالعنف. سجلت ثلاث مجموعات من ست معدلات مرتفعة جدا على القائمة السيكوباتية المعدلة، وبشكل متساو على العامل الأول والعامل الثانى،

وكانت أعلى المستويات على الإجرام، وكانت إساءة استخدام المواد المخدرة أكبر. وكانت هذه المجموعات مضادة للمجتمع أكثر، وأكثر نرجسية. وكانت إحداها هستيرية وسجلت أدنى مستويات على اضطرابات القلق والاضطرابات المزاجية على المحور الأول. وكانت مجموعة ثانية هستيرية أيضًا، لكنها كشفت عن اضطرابات الشخصية الحدية والاجتنابية، واضطرابات الشخصية الأخرى، ومستويات عالية من القلق والاضطرابات المزاجية. وكانت مجموعة ثالثة ارتيابية وفصامية وحدية، وعانى معظمها من الذهان. واعتبرنا المجموعة الأولى سيكوباتيين أوليين، والمجموعتين الأخريين نوعين من السيكوباتيين الثانويين.

ينتقد بويتريس Poythress وسكيم Skeem (58) هذه الدراسات لأنها لا تخضع لنظرية، ولاستخدامها طرقا تقليدية للتحليل العنقودى. وبرهنًا أيضًا على أن أنواع السيكوباتية ينبغى أن تتحدد فى السيكوباتيين على القائمة السيكوباتية المعدلة، وليس ضمن عينات متباينة. لكنهما لاحظا أن التحليل المحدود لمن يحققون معدلات فوق ٣٠، المعدل القاطع المحدد بشكل تقليدى على القائمة السيكوباتية المعدلة، يفترض مفهومًا مطلقًا وليس بُعْديا للسيكوباتية، مع خطورة فقد أنواع سيكوباتية مهمة. على سبيل المثال، إن الحد القاطع التقليدى ليس عشوائيا بشكل نسبى، لكنه قد يستبعد أفرادًا يكشفون عن أن الخصائص الجوهرية للعامل الأولى ممن قد يحققون معدلات منخفضة على العامل الثانى.

وهناك دراستان حديثتان تتجنبان هذا القصور. استخدم هيكز Hicks وآخرون (38) تجميعا مؤسسا على النموذج لمقاييس ١١ سمة أولية فى استبيان الشخصية متعدد الأبعاد لتيليجن مع سجناء حققوا معدل ٣٠ أو أكثر على القائمة السيكوباتية المعدلة، مفترضين قلقا منخفضًا، أى نوعًا أوليا، وقلقًا مرتفعًا، أى نوعًا اندفاعيًا عدوانيًا ثانويًا. أشار النموذج الأكثر ملاءمة إلى مجموعتين. سجل **السيكوباتيون الثابتون انفعاليا** معدلات منخفضة على تفاعل التوتر ومرتفعة على القوة الاجتماعية. وسجل **السيكوباتيون العدوانيون معدلات** مرتفعة على العدوانية والاغتراب وتفاعل

التوتر. كان السيكوباتيون العدوانيون أصغر سنا، وسجلوا معدلات أعلى بقليل على العامل الثانى فى القائمة السيكوباتية المعدلة، وأعلى على عامل الانفعالية السلبية، وأقل على كبح الانفعالات والانفعالية الإيجابية الأجينتية Agentic[٢]. وعلى المعايير الخارجية، كان للسيكوباتيين العدوانيين تاريخٌ بارزٌ فى الشجار، وكانوا أصغر سنا عادة حين اتهموا أول مرة بالإجرام. وكانت معدلات ذكاء السيكوباتيين الثابتين انفعاليا أعلى، وحققوا معدلات أعلى على مقياس السلوك الاجتماعى لجوف، لكن المعدلات كانت أقل على مقياس ويلش للقلق. واستنتج المؤلفون أن السيكوباتى الثابت انفعاليا يشبه السيكوباتى الأولى وسيكوباتى كليكلى، بينما يشبه السيكوباتى العدوانى المجرم المُصِرَّ على الإجرام طوال حياته (51).

استخدم سكيم Skeem وآخرون (61) أيضًا التجميع المؤسس على النموذج وحدَّدوا مجموعات فرعية للنزلاء السيكوباتيين العنيفين، لكنهم حللوا سمة القلق وأوجه القائمة السيكوباتية المعدلة. وتم تحديد مجموعتين: **السيكوباتيين الأوليين والثانويين**، وكانتا أكثر ملاءمة للبيانات. حقق **السيكوباتيون الأوليون معدلات** أقل على سمة القلق، وأعلى على الأوجه الثلاثة لكوك فى القائمة السيكوباتية المعدلة، وليس العامل المضاد للمجتمع. وعلى المعايير الخارجية، أظهر السيكوباتيون الثانويون، كما هو متوقع، اضطراب الشخصية الحدية المقرر ذاتيا بشكل أكبر، وتوترا أكبر، وعزلة اجتماعية، ونقص الثقة، وأداء إكلينيكى أسوأ، واعتلالا ذهنيا أكثر. لكنهم لم يكونوا أكثر اندفاعًا أو نرجسية، وحُكِم بقدر الشكل الهامشى بأنهم أكثر استجابة للعلاج. واعتبرت المجموعتان مماثلتين لمجموعتى هيكز Hicks وآخرين (38).

تحول الاختلافات فى هذه الدراسات دون الوصول إلى استنتاجات قاطعة. ورغم ذلك، حين يدرج القلق باعتباره متغيراً تجميعيا، تظهر عادة مجموعات من السيكوباتيين

(٣) agentic: نظرية اجتماعية معرفية ترى أن الناس ينتجون الأنظمة الاجتماعية مثلما تنتجهم. حالة نفسية فى نظرية ميلجرام Milgram حين يطيع المرء السلطات. وتعنى الكلمة أيضًا القدرة على الاختيار فى العالم.

أكثر وأقل قلقا، مما يدعم التمييز بين الأولى والثانوى. ويحتمل أيضًا أن تكشف المجموعة الفرعية القلقة عن سمات اضطراب الشخصية الحدية، لكن يبدو اضطراب الشخصية النرجسية مشتركًا فى المجموعتين. وبشكل أقل اتساقا، لكنه موحٍ، وأفراد المجموعة غير القلقة أكثر ذكاء، واجتماعيون بشكل أفضل، وأقل اندفاعًا، ويحققون معدلات أدنى على العامل الثانى فى القائمة السيكوباتية المعدلة.

نموذج استبيان للجناة المضطربين ذهنيا:

فى اختبارات فرضية أن الجناة العنيفين يمكن تقسيمهم إلى نوع سيكوباتى خانع overcontrolled ونوع سيكوباتى منفلت uncontrolled (50)، تم بتحليلات عنقودية لاختبار منيسوتا للشخصية متعدد الأوجه Minnesota Multiphasic Personality Inventory لخصائص الجناة المضطربين ذهنيا، تحديد نمطين خانعين ونمطين منفلتين (على سبيل المثال، (4)). وظهرت الأنماط نفسها باستخدام استبيان تقييم المستشفيات المتخصصة للشخصية والسلوك الاجتماعى Special Hospitals Assessment of Personality and Socialisation (5)، بالاعتماد على مقاييس اختبار منيسوتا للشخصية متعدد الأوجه ومقياس العصابية (مقياس ويلش للقلق) والانبساط، وإجراءات أخرى، وتعديل تال، وهو استبيان الشخصية المضادة للمجتمع Antisocial Personality Questionnaire (14). ويقيس استبيان الشخصية المضادة للمجتمع ثمانية عوامل أولية وعاملين رفيعين هما الاندفاع (العداء والعدوانية وعدم الطاعة مقابل التحكم الذاتى والامتثال) والعزلة (عزلة اجتماعية وقلق وخضوع مقابل العشرة والثقة بالذات والحسم). ويُراجع البحث بمزيد من التفصيل فى موضع آخر (8).

وتوصف درجات الصور الأربع على النحو التالى: (1) السيكوباتيون الأوليون (اندفاعيون، عدوانيون، عدائيون، انبساطيون، واثقون فى ذواتهم، قلق منخفض إلى طبيعى)؛ (2) السيكوباتيون الثانويون (عدائيون، اندفاعيون، عدوانيون، قلقون

اجتماعيا، انطوائيون، متقلبو المزاج، مع انخفاض التقدير الذاتى)؛ (3) منضبطون controlled (دفاعيون، منضبطون، اجتماعيون، قلق منخفض جدا، تقدير ذاتى مرتفع)؛ (4) مكبوحون inhibited (خجلون، منعزلون، منضبطون، قلقون بشكل معتدل، تقدير ذاتى منخفض). يتم تمييز السيكوباتيين الأوليين بسمات تستخدم لتعريف السيكوباتيين، خاصة كما يصفهم ماكورد وماكورد McCord ((48): "شخص غير اجتماعى، عدوانى، اندفاعى بدرجة كبيرة، يشعر بقدر ضئيل من الذنب أو لا يشعر به على الإطلاق، ويعجز عن تكوين روابط وجدانية مستمرة مع الآخرين"، ص ٣). ويشترك السيكوباتيون الثانويون فى معظم هذه السمات، لكن توحى قلقهم والسيكوباثولوجيا بتناظر مع السيكوباتيين الثانويين عند كاربمان. صور الشخصية فى المجموعتين قريبة أيضًا من صور السيكوباتيين الأوليين والثانويين التى اقترحها ذكرمان Zuckerman (69)، وأفراد كل منهما غير اجتماعيين، واندفاعيون وعدوانيون، لكنهما يتميزان بالانبساط-الاندفاع وبالعصابية أيضا.

تعكس الأنماط الأربعة الأطراف على العاملين المرتفعين، الاندفاع والعزلة، فى استبيان الشخصية المضادة للمجتمع. يسقط السيكوباتيون الأوليون والثانويون باتجاه الطرف الاندفاعى العدوانى لبعد الكف، وعلى الأطراف المضادة لبعد العزلة. وتسقط مجموعتا المنضبطين والمكبوحين باتجاه طرف الانضباط لعامل الاندفاع، لكن يتم تمييزها أيضًا ببعد العزلة، وقد نشأ بعدًا الاندفاع والعزلة باعتبارهما دوران ٤٥ درجة لبعدى العصابية والانبساط، ومن ثم فهما يساويان بعدى الاندفاع والقلق عند جراى Gray. لكننا وجدنا مؤخرا أنه رغم أن العزلة تمثل الانطواء العصابى بوضوح، فإن الاندفاع يمثل العصابية وبشكل مضاد لنموذج العوامل الخمسة (18). كان الاندفاع والعزلة أيضًا مؤشرين للعوامل المرتفعة فى نموذج العوامل الخمسة.

يشار إلى متانة النموذج بتكراره عبر مناهج التجميع وعينات مختلفة من الجناة المضطربين ذهنيا أيضًا، جناة فى السجون الإنجليزية وسجينات أمريكيات (انظر، (8)). واستعيدت المجموعات الأربع أيضًا من تحليل عنقودى لمقاييس اضطراب

الشخصية فى اختبار الشخصية متعدد المحاور لميلون Millon Clinical Multiaxial In-ventory (MCMI-1) (6). وتدعم الاختلافاتُ بين المجموعات على المتغيرات السلوكية والوجدانية والمعرفية الاجتماعية مصداقيةَ التصنيف. على سبيل المثال، اتساقا مع الاختلافات المقررة ذاتيا فى الضبط والمطابقة، كانت الأحكام الصادرة بحق السيكوباتيين الأولين والثانويين أكثر من الصادرة بحق المنضبطين والمكبوحين، وكانت بدايات مساراتهم الإجرامية مبكرة أكثر (4و8 و56).

يتسم السيكوباتيون الأوليون والثانويون أيضًا بغضب أشد عند التعرض للإثارة أو التهديد (16 و52)، ووجد بولوك Pollock (56) اختلافات بين المجموعات فى أنماط العنف والتفاعل الانفعالى تجاه الجرائم فى القتلة. يفترض نموذج معرفى شخصى اختلافات بين السيكوباتيين الأولين والثانويين فى الأسلوب الشخصى وتقديم الذات (7). ومما يدعم هذا أن موريسون Morrison وجيلبرت Gilbert (52) وجدا أن السيكوباتيين الأولين أدركوا أنهم من درجة اجتماعية أعلى بشكل دال أكثر مما فعل السيكوباتيون الثانويون، وسجلوا خجلا أقل، وتوعُّدًا، ولومًا ذاتيًا وغضبًا تجاه الآخرين. تختلف المجموعات أيضًا فى أنماط اضطراب الشخصية (6 و7). مقارنة بالسيكوباتيين الثانويين، تنطبق معايير اضطراب الشخصية النرجسية ومعايير اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع أكثر على السيكوباتيين الأولين، وكان شبه الفصاميين أو الفصاميين بأعداد أقل.

نموذج استبيان الشخصية المضادة للمجتمع والقائمة السيكوباتية المعدلة:

يقدم نموذج استبيان الشخصية المضادة للمجتمع تصنيفا صحيحا لأنواع الجناة، لكن دراستين صغيرتين اقترحتا أن مجموعتى السيكوباتيين الأولين والثانويين ليستا من أنواع **السيكوباتيين** على القائمة السيكوباتية المعدلة (8). ورغم انطباق

المعايير التقليدية للقائمة السيكوباتية المعدلة للسيكوباتية على عدد أكبر من السيكوباتيين الأوليين، فإنها لم تنطبق على معظم أفراد المجموعات الأخرى. لكن هذا يعنى أن بعض أعضاء مجموعات استبيان الشخصية المضادة للمجتمع يظهرون صفات سيكوباتية طبقا للقائمة السيكوباتية المعدلة، وأن هذا الاتحاد لاستبيان الشخصية المضادة للمجتمع مع القائمة السيكوباتية المعدلة ربما يحدد أنواعا مهمة من السيكوباتيين. وفحصنا مؤخرا هذه الاحتمالية فى ١٦٥ من الجناة المضطربين ذهنيا توفرت عنهم بيانات هائلة عن الشخصية والسيكوباثولوجيا والسيكوباتية (17).

وضعنا فى الاعتبار أن القائمة السيكوباتية المعدلة تمثل بُعْداً (25)، أى معدلا قاطعا لتمييز عشوائى بين السيكوباتيين، لكن بهدف الدراسة، قسَّمنا العينة إلى معدل متوسط على القائمة السيكوباتية المعدلة عند ٢٠، واعتبر ٧٩ مريضًا، حققوا معدل ٢١ أو أكثر، سيكوباتيين. من مجموعات السيكوباتيين الأوليين والثانويين والمنضبطين والمكبوحين، كان ٢٨ (٥٧٪)، ١٦ (٥٥٪)، ٢٣ (٤٧٪)، ١٢ (٣٧٪)، بالتتابع، سيكوباتيين بمعيار القائمة السيكوباتية المعدلة. فحصنا جدوى تصنيف استبيان الشخصية المضادة للمجتمع المطبق على السيكوباتيين بمقارنة هؤلاء السيكوباتيين فى المجموعات الأربع على متغيرات اعتبرتْ مميِّزة بمفاهيم نظرية للتمييز بين الأولى والثانوى، أو بأبحاث سابقة. ونظرنا، بشكل خاص، إلى عوامل القائمة السيكوباتية المعدلة وأوجهها، والتاريخ الإجرامى، وسيكوباثولوجيا المحور الأول، وتاريخ إساءة المعاملة فى الطفولة، والشخصية، واضطرابات الشخصية، وتقييماتِ ملاحظٍ للسلوك الشخصى، وتقييمات إكلينيكية للخطورة والقابلية للعلاج.

كانت المجموعات متماثلة على القائمة السيكوباتية المعدلة ككل، لكن تم التمييز بينها بعوامل القائمة السيكوباتية المعدلة وأوجهها، وكان السيكوباتيون الأوليون أعلى من المنضبطين على العامل الثانى، وأقل من المنضبطين على العامل الأول والأوجه الشخصية والوجدانية عند كوك Cooke. ورغم أن السيكوباتيين الأوليين صدرت بحقهم أحكام أكثر بسبب العنف وأحكام أكثر عموما، لم يكن الاختلاف فى التاريخ الإجرامى

دالا. لكن السيكوباتيين الأوليين حققوا معدلا أكبر من المنضبطين فى خطر العنف المستقبلى. واتسم المنضبطون أيضًا بمعدل ذكاء أعلى من السيكوباتيين الأوليين.

وقارنًا المجموعات بالنسبة للتاريخ على مدار العمر لاضطرابات القلق والاكتئاب والذهان، واضطراب توتر ما بعد الرض، على المحور الأول. أظهر السيكوباتيون الثانويين إصابة باضطرابات المحور الأول أكثر من السيكوباتيين الأوليين والمنضبطين، وبدرجة مماثلة للمكبوحين. ولم تكن هناك اختلافات على مدار العمر فى الاكتئاب أو الذهان، وأصيب معظم السيكوباتيين الثانويين والمكبوحين بالقلق فى حياتهم، مقارنة بثلث السيكوباتيين الأوليين وربع المنضبطين. على اختبار العوامل الخمسة–نيو NEO-FFI،(٤) بالنسبة للعصابية، وكان كل من السيكوباتيين الثانويين والمكبوحين أعلى أيضًا من السيكوباتيين الأوليين والمنضبطين. من ثم يشبه السيكوباتيون الأوليون والثانويون السيكوباتيين الأوليين والثانويين عند كاربمان بالتتابع، لكن المكبوحين يمثلون نوعًا "عصابيا" آخر، بينما يبدو أن المنضبطين يمثلون نوعًا إضافيا من السيكوباتيين الأوليين. لكن التقييمات الإكلينيكية للقابلية للعلاج لم تقدم دعمًا لفرضية كاربمان بأن السيكوباتيين أكثر قابلية للعلاج.

سجل غالبية السيكوباتيين الثانويين والمكبوحين أيضًا أعراض اضطراب توتر ما بعد الرض، وقدم تاريخ الإساءة فى الطفولة دليلا إضافيا على الخبرات الرضية. وذكر معظم السيكوباتيون الثانويون شكلا من الإساءة فى الطفولة، وذكر نصف السيكوباتيين الثانويين والمكبوحين إساءة جنسية. وتتسق هذه النتائج مع تمييز بورتر للسيكوباتيين الثانويين عن السيكوباتيين الأساسيين فى تاريخ الرض (57). ويبدو المكبوحون، مرة أخرى، نوعًا من السيكوباتيين الثانويين.

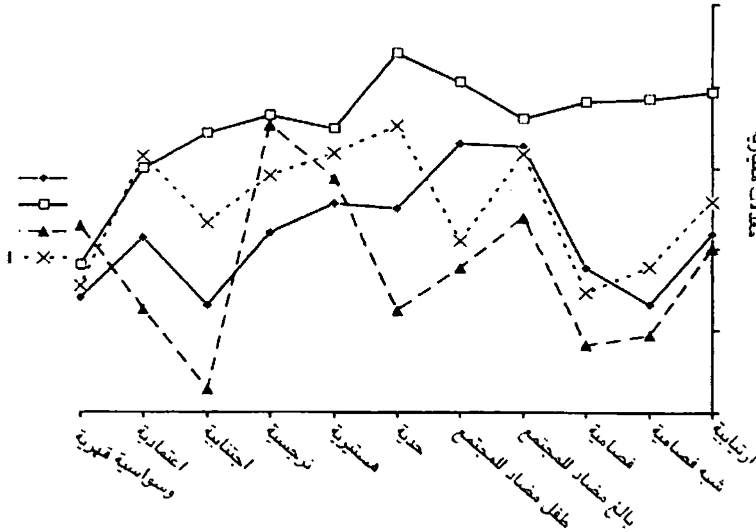
على اختبار نموذج العوامل الخمسة–نيو، كان السيكوباتيون الأوليون والثانويون أكثر تضادا من المنضبطين، لكن السيكوباتيين الثانويين كانوا انطوائيين أكثر من

---

(٤) نيو NEO: اختصار العصابية N والانبساطية E والتفتح O.

السيكوباتيين الأوليين والمنضبطين، وحقق المنضبطون أعلى مستويات من القبول ويقظة الضمير. في تقييمات التمريض للأسلوب الشخصي (15)، كشف السيكوباتيون الأوليون بالأساس عن أسلوب عدائي مهيمن، وكان السيكوباتيون الثانويون أكثر خضوعا كما اقترح بلاكبرن Blackburn(٧) ، لكن الاختلافات كانت أقل من أن تكون دالة. وتشير هذه الاختلافات في الشخصية إلى أن "التضاد الشخصي المرتفع، والاندفاع الشامل، وغياب الوجدان السلبي الموجه ذاتيا، ووجود العداء المتوعد، والجزم الشخصي"، ويعتبرها لِنَام Lynam وويديجر Widiger المكونات العامة للسيكوباتية (47، ص ١٧١)، تقدم مثالا لنوع واحد فقط من السيكوباتيين.

اختلفت المجموعات أيضا في اضطرابات الشخصية في النسخة الرابعة من الدليل الأمريكي DSM-IV مقيَّمة بالفحص الدولي لاضطراب الشخصية International Personality Disorder Examination. يوضح الشكل "٦، ١" متوسط المعدلات البعدية للمجموعات (مجموع المعايير في كل فئة)، مقيسة على عينة كاملة من ١٦٥ , يُقسَّم اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع إلى مكونات الاضطراب السلوكي في البالغ والطفل. ولم تختلف المجموعات في اضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع أو الهستيرية أو الاعتمادية أو الوسواسية القهرية، لكن يمكن ملاحظة خمس نقاط. أولا، تظهر كل المجموعات سمات هستيرية بارزة وسمات مضادة للمجتمع في البالغين. ثانيا، في السيكوباتية الثانوية أكثر أشكال باثولوجيا الشخصية حدة، وفي المنضبطة أقلها. ثالثا، تماثل السيكوباتية الأولية السيكوباتية الثانوية في السمات الهستيرية والنرجسية والمضادة للمجتمع في البالغين والأطفال، لكن في السيكوباتيين الأوليين سمات أقل بشكل دال من اضطراب الشخصية شبه الفصامية والفصامية والحدية والاجتنابية. رابعا، يختلف السيكوباتيون الأوليون عن المنضبطين أساسا في إظهار الاضطراب السلوكي في الطفولة بشكل أكبر، مما يوحي ببداية مبكرة لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع. خامساً، يختلف المكبوحون عن السيكوباتيين الثانويين في إظهار سمات أقل من الارتيابية وشبه الفصامية والفصامية واضطراب السلوك في الأطفال، مما يوحي مرة أخرى ببداية متأخرة للاضطراب المضاد للمجتمع، لكن أيضاً باضطراب في الشخصية أكثر تحديداً.



– **الشكل ٦، ١** معدلات قياسية (z) على أبعاد اضطرابات الشخصية للفحص الدولى لاضطرابات الشخصية لمجموعات استبيان الشخصية المضادة للمجتمع من ذوى المعدلات العالية على القائمة السيكوباتية المعدلة: P = السيكوباتيون الأوليون (ع = ٢٨)؛ S = السيكوباتيون الثانويون (ع = ١٦)؛ C = المنضبطون (ع = ٢٣)؛ I = المكبوحون (عدد = ١٢).

وهكذا يعكس استبيان الشخصية المضادة للمجتمع، حين يتحد مع معدلات أعلى على القائمة السيكوباتية المعدلة، أنواعًا معينة من السيكوباتيين، ويؤكد تنوع السيكوباتيين. لكن نتائجنا توحى بأن التحديد يتحقق بتمييز متعدد الأبعاد أكثر مما يتحقق بانقسام بسيط إلى أولى وثانوى. على سبيل المثال، قد تكون الأنماط المختلفة لاضطراب الشخصية أقل وضوحًا من التمييز بين القلق المرتفع مقابل القلق المنخفض. وتأتى النتائج مدهشة بالنسبة للمنضبطين والمكبوحين، إذا وضعنا فى الاعتبار أن هاتين المجموعتين الأكثر انضباطا وتوافقا لم تكونا تعتبران حتى الآن "سيكوباتيتين". لكن النتائج تتسق مع نتائج أخرى لأنواع اجتماعية نسبيا من سيكوباتيى القائمة السيكوباتية المعدلة (1و31 و38).

ثمة سبب محتمل لوجود نوعين من السيكوباتيين الأوليين يتمثل فى أن القائمة السيكوباتية المعدلة تصنف المفاهيم المتداخلة للسيكوباتية التى افترضها كليكلى Cleckley

وماكوردز McCords (10 و 12). إن بنود القائمة السيكوباتية المعدلة المرتبطة بالاندفاع والإجرام ليست ضمن معايير كليكلى، مما يوحى بانحراف للمفهوم (10 و 23). لكن هذه المعايير تشكل جزءاً من تعريف ماكوردز. وينعكس هذان المفهومان فى أنواع القائمة السيكوباتية المعدلة التى أشارت إليها نتائجنا. بينما السمات الاندفاعية العدوانية العدائية بشكل شخصى، التى تتسم بها مجموعة السيكوباتيين الأوليين، هى سمات السيكوباتيين عند ماكوردز، فإن نقص القلق والتقدير الذاتى المرتفع والذكاء الأعلى والقبول والسمات الهستيرية والنرجسية فى المجموعة المنضبطة أقرب إلى مفهوم كليكلى.

نتائج إكلينيكية

التقييم:

تعتمد المعتقدات بشأن إمكانية علاج السيكوباتيين، وبشأن خطورتهم، على افتراضات التجانس. ويتطلب دليل واضح على التنوع إعادة النظر فى هذه المعتقدات، ويشير إلى أن تقييم الشخصية ينبغى أن يرافق، بشكل روتينى، تقييم القائمة السيكوباتية المعدلة. إن فائدة التمييز بين الأولى والثانوى مؤكدة بقوة الآن، ويُقيَّم القلق أو العصابية بشكل موثوق فيه بعدد من الاستبيانات المعيارية. لكن من غير المحتمل أن يكون القلق كافيا لتعريف السمات الأخرى التى توحى الأبحاث بأنها تحدد الأنواع الفرعية. إن الاندفاع والعدوانية، على سبيل المثال، من أوجه بُعْد القبول-التضاد أيضاً، والخضوع ونقص تأكيد الذات اللذين قد يميزان السيكوباتية الثانوية من أوجه الانطواء. ويميز الانطواء العصابى، فى بحثنا، السيكوباتيين الأوليين والثانويين على استبيان الشخصية المضادة للمجتمع. ومن ثم يكون التقييم متعدد الأبعاد للشخصية مطلوبا.

ولأن "الكذب المرَضى" من سمات القائمة السيكوباتية المعدلة، يعتقد أحياناً أن السيكوباتيين لا يمكن الوثوق فيهم لإتمام مقاييس بالتقرير الذاتى. لكن الكذب سلوك

بشرى شائع يخدم وظائف صورة الذات (24). ويهتم تقييم الذات بالتقرير الذاتى بالكشف عن الحقائق أقل من اهتمامه بالمعتقدات بشأن نوع الشخص، وصورة الذات موجودة فى أى تقييم (39). وينبغى من ثم اعتبار التقارير الذاتية دليلا على هوية الشخص.

العدوانية والعنف:

ربما يسهِّل التمييزُ بين الأنواع السيكوباتية الفرعية فهمَ العلاقة بين السيكوباتية والعنف (62). أولا، ربما تختلف المجموعات الفرعية فى الاستعداد لأشكال مختلفة من السلوك الهجومى. أدين السيكوباتيون الأوليون عند فاسيلفا Vassilvea وآخرين (64) بأحكام بسبب العنف أكثر مما أدين السيكوباتيون الثانويون، وفى دراستنا، صدرت ضد مجموعة السيكوباتيين الأوليين، فى استبيان الشخصية المضادة للمجتمع، أحكام أكثر بسبب العنف. وفى استبيان الشخصية المضادة للمجتمع، وضمن المجموعات التى حققت معدلات أعلى على القائمة السيكوباتية المعدلة، اعتبر أيضًا أن خطورة ارتكاب السيكوباتيين الأوليين، الذين تم تقييمهم بواسطة إكلينيكيين، لأعمال عنف أخرى أكبر. ولم تكن هناك متابعات للمجموعات السيكوباتية الفرعية، لكن يبدو أن احتمال أن يمثل السيكوباتيون الأوليون، فيما يتعلق بعودتهم لاقتراف أعمال عنف، خطرًا أكبر من المجموعات الفرعية الأخرى، أمر جدير بالاهتمام.

ثانيا، ربما تختلف المجموعات الفرعية فى خطورة السلوك العدوانى داخل المؤسسات. والأدلة المناسبة محدودة، لكن باستخدام معايير "اختبار منيسوتا للشخصية متعدد الأوجه"، وجد فاجان Fagan وليرا Lira (27)، فى دراستين، أن السيكوباتيين الأوليين يتكرر أكثر انهماكهم فى الحوادث الخطيرة فى الإصلاحيات، ويقضون وقتًا فى العزل أطول من السيكوباتيين الثانويين، أو غير السيكوباتيين. ويوحى أسلوب المواجهة الذى يسوده العداء، الأسلوب الذى تتسم به مجموعتنا من السيكوباتيين الأوليين على اختبار الشخصية المضادة للمجتمع، يوحى أيضًا باحتمال أن تمثل مشاكل فى المعالجة أكثر من المجموعات الأخرى. لكن هيلبرن وهيلبرن

Heilbrun (35) وجدا أن السيكوباتيين الثانويين ذوى معدلات الذكاء المنخفض أظهروا السلوك الأكثر عدوانية فى الشخص. ومن ثم قد يكون معدل الذكاء معدلا مهمّا لعدوانية الأنواع الفرعية.

ثالثا، ربما تكون هناك اختلافات نوعية فى عدوانية الأنواع السيكوباتية الفرعية. تقترح بعض الدراسات أن عنف السيكوباتيين، مقارنة بجرائم غير السيكوباتيين، **إجرائى** عمومًا (متعمَّد، موجه لغاية، غير انفعالى) وليس **تفاعليا** (غير مخطط، غير موجه لغاية، غاضب) (55). يقترح سكيم Skeem وآخرون (62) أن العنف الإجرائى ربما يكون مميزا أكثر للسيكوباتيين الأوليين، والعنف التفاعلى للسيكوباتيين الثانويين. الدليل على هذا ضمن سيكوباتيى القائمة السيكوباتية المعدلة غير مباشر، لكن بولك Pollock (56) وجد بعض الدعم باستخدام تصنيف اختبار الشخصية المضادة للمجتمع مع القتلة. وكان من المرجح أكثر أن تكون جرائم السيكوباتيين الأوليين إجرائية أو موجهة لغاية، وكان ضحاياهم من الغرباء غالبا. أظهر السيكوباتيون الثانويون خليطًا من أشكال العنف، وكانت جرائم المنضبطين والمكبوحين تتسم بعنف تفاعلى بشكل أساسى، موجه ضد المعارف.

ربما يتوقع أن يكون السيكوباتيون الثانويون أكثر استعدادا للعدوانية التفاعلية المتوعدة، لكن نتائج تصنيف اختبار الشخصية المضادة للمجتمع لا تدعم هذا. وجد بلاكبرن Blackburn ولى إيفانز Lee-Evans (16) أن مجموعتى السيكوباتيين الأوليين والثانويين سجلت غضبًا أكثر حدةً وعدوانية تجاه سيناريوهات مفترضة لمواقف تمثل هجومًا شخصيًا، وكرر ذلك موريسون Morrison وجيلبرت Gilbert (52) باستخدام "مقياس نوفاكو للغضب" Novaco Anger Scale. لكن السيكوباتيين الثانويين سجلوا، فى الدراسة السابقة، مقارنة بالسيكوباتيين الأوليين، استثارة تلقائية أكثر لمواقف الهجوم، مما يوحى بأن الاستثارة تثير القلق مثلما تثير الغضب. وهكذا قد تكمن الاختلافات بين عدوانية السيكوباتيين الأوليين والثانويين فى الميل إلى الغضب، أكثر مما تكمن فى إدراك الكفاءة الذاتية فى التغلب على مواقف الصراع.

برهن بوشمان Bushman وأندرسون Anderson (20) على أن التقسيم إلى تفاعلى وإجرائى مبسط جدا، لأن الكثير من الأفعال العدوانية تشمل مكونات غضب وتخطيط. على سبيل المثال، تمتد جذور العدوانية للانتقام فى الغضب، لكن قد يتم التعبير عنها فوراً أو بعد التخطيط. واقترحا أن التقسيم ينبغى أن يحل محله منظور لمعالجة المعلومات يركز على البنى المعرفية فى شكل مخططات ومخطوطات. ومن المرجح أن تكون المخططات الذاتية مصدراً مهما لتنوع عدوانية الأنواع السيكوباتية الفرعية. إن تقدير الذات مكون رئيسى للانفعال السلبى (66)، وفى تصنيف اختبار الشخصية المضادة للمجتمع، يتميز السيكوباتيون الثانويون بمستويات متدنية جدا من تقدير الذات. وتتسم مجموعة المنضبطين، على العكس، بمستويات مرتفعة جدا من تقدير الذات.

افترض بوميستر Baumeister وكامبل Campbell (3) أن النرجسية أكثر المفاهيم الذاتية ارتباطًا بفهم العدوانية، وأن هذا العنف ينتج عن أنانية مهدَّدة حين يتحدى التقييم السلبى فرداً يتسم تقدير ذاتى منتفخ وغير واقعى. وباستثناء السيكوباتيين الأوليين، كان أفراد مجموعاتنا، طبقا لاختبار الشخصية المضادة للمجتمع من ذوى المعدلات مرتفعة على القائمة السيكوباتية المعدلة، يتسمون بسمات نرجسية واضحة، لكن مجموعة المنضبطين توضح فى أجلى صورة الاتحاد بين النرجسية والتقدير الذاتى المنتفخ. فى الحقيقة، كانت المؤشرات الرئيسية لاضطراب الشخصية فى هذه المجموعة سمات نرجسية وهستيرية.

ربما يكمن الفرق بين هذه المجموعة والسيكوباتيين الثانويين، النرجسيين بالقدر نفسه، فى الكفاءة الذاتية الواضحة. يلاحظ سكيم وآخرون (62)، على سبيل المثال، أن التمييز فى الأدبيات بين **النرجسية الصريحة**، التى تتميز بالتعاظم والثقة فى الذات، والنرجسية الخفية، التى لا تتميز بالتعاظم، بل بهشاشة انفعالية، ويقترحون أن هذا قد يوازى التمييز بين الأولى والثانوى. لكن مجموعة المنضبطين عندنا تظهر نرجسية

صرحية بهذا المعنى، وقد يكونون أكثر يقظة للتهديدات الموجهة لوضعهم. وقد تكون الاختلافات فى مفهوم الذات وفى التغلب على التحديات الشخصية طريقة مثمرة لفهم تنوع أشكال العدوانية بين المجموعات السيكوباتية الفرعية.

العلاج:

رغم أن التشاؤم واسع الانتشار بشأن إمكانية علاج السيكوباتيين، فإن أبحاث نتائج العلاج قاطعة لم تكن (43). تفترض دراسات العلاج عادة تجانس السيكوباتيين، لكن الاهتمام بالتمييز بين الأولى والثانوى ينبع جزئيا من رأى كاربمان بأن المجموعتين تختلفان فى القابلية للعلاج. باستثناء بضعة تقارير موحية من برامج إساءة استخدام المواد المخدرة بشأن تعديل الاكتئاب للاستجابة للعلاج فى المرضى المضادين للمجتمع (9)، لا يوجد دعم إمبريقى لهذا الرأى، وفشلت التقييمات الإكلينيكية بشأن القابلية للعلاج فى التمييز بين السيكوباتيين الأوليين والثانويين عند سكيم وآخرين (61) وبلاكبرن وآخرين (17). لكن يبقى من المقبول أن الأنواع السيكوباتية الفرعية لا تختلف فى الشخصية وفى الوضع الإكلينيكى فى القابلية للعلاج فقط، بل تختلف أيضًا فى الاستجابة للطرق المتوفرة للعلاج.

يقترح سكيم وآخرون (61) أن السيكوباتيين الثانويين قد يشكلون حلفا علاجيا بشكل أسهل، ومشاكلهم قد تكون أكثر طواعية للعلاج النفسى التقليدى من مشاكل السيكوباتيين الأوليين. ويتطلب الأخير مقاربات منظمة تركز على المعارف والسلوكيات التى تؤدى إلى العنف وعلى تقديم مخارج بناءة لتلبية غاياتهم بدلاً من محاولة تغيير الشخصية. لكن البيانات توحى بأن أنواع السيكوباتية تختلف فى الخصائص الذاتية والشخصية. وإضافة إلى ذلك، يمثل التغير فى سمات الشخصية مكونًا أساسيا فى نتيجة علاج اضطرابات الشخصية (65). ومن ثم نحتاج إلى الاهتمام بتوسيع مجال أهداف العلاج.

ويحتمل أن تبين مشاكل السيكوباتيين الثانويين أن هناك مجالاً من العلاجات المعرفية والسلوكية لها. وتشمل أعراض اضطرابات القلق والاضطرابات المرتبطة بالرض فى المحور الأول، ومشاكل العداء والتحكم فى الغضب. وبشكل مماثل، إنهم أكثر استعداداً لعدم التنظيم الانفعالى فى اضطراب الشخصية الحدية، وقد تطورت بالنسبة لها طرق للتدخل، مثل العلاج السلوكى الجدلى، بنجاح متوسط على الأقل. ويحتمل أيضاً أن يظهروا مشاكل فى التعامل والكفاءة الذاتية، وقد تكون مقاربات حل المشاكل مناسبة لها. لكن ربما يعانى البعض أيضاً من عيوب نفسية عصبية (38) تتطلب نُظُماً سلوكية أو تدخلا دوائيا.

عرَّف كاربمان السيكوباتيين الأوليين بأنهم أفراد لا يمكن إرجاع سلوكهم المضاد للمجتمع إلى عوامل نفسية باستثناء انعدام الضمير، لكن ببعض المصطلحات المعاصرة أكثر، يُعرَّف السيكوباتيون الأوليون بسمات الشخصية المختلة وظيفيا. وتوحى نتائجنا الحديثة عن الأنواع على استبيان الشخصية المضادة للمجتمع مع ذوى المعدلات المرتفعة على القائمة السيكوباتية المعدلة بأنه قد يكون من المفيد الاعتراف بنوعين من السيكوباتيين الأوليين، تمثلهم مجموعتان من مجموعاتنا، وهما مجموعتا السيكوباتيون الأوليون والمنضبطون. ويشترك السيكوباتيون الأوليون مع السيكوباتيين الثانويين فى مشاكل العداء والغضب والإفراط فى التدريب على المخطوطات العدوانية، وربما يستفيدون بشكل مماثل من معالجة الغضب والتقنيات المرتبطة بها. لكن يبدو أنهم مهتمون بشكل خاص بالحفاظ على الوضع الشخصى. ربما يكون العلاج الشخصى مناسبا لهذه المجموعة (7 و 42).

لكن مجموعة المنضبطين تتسم بأقل مستوى من القلق، ولا تعرف المشاكل العامة للعداء أو الغضب، التى قد يكون التدخل فيها سهلا، ويبدون بلا مشاكل على المؤشرات التقليدية للتكيف والأداء الاجتماعى. ويظهر أن اختلالهم الوظيفى يتركز فى الأنانية والتعاظم النرجسيين، وهما واضحان للملاحظين لا لأنفسهم. وهكذا يحتمل أن يقاموا التدخل العلاجى وقبول دور المريض. لكنهم، من دون تغيير مفهومهم الذاتى غير

الواقعى، عرضة للقيام بمزيد من أعمال العنف استجابة للتهديدات لتقديرهم للذات. وتبدو العلاجات المعرفية أو الديناميكية التى تركز على التقييمات الذاتية ضرورية لهذه المجموعة، لكنها تمثل التحدى الأعظم للتدخل.

الملخص والخلاصة

أصبحت القائمة السيكوباتية المعدلة من أكثر الإجراءات المستخدم شيوعًا فى البحث والممارسة مع الجناة، وللمعدلات المرتفعة نتائج مهمة فى كيفية تعامل أنظمة القضاء الجنائى والصحة الذهنية مع الجناة. ولا يتمثل الأمر فقط فى اعتبار السيكوباتيين الجناة الأكثر خطورة، ويواصل الإكلينيكيون الحذر فى محاولة التدخل السيكولوجى مع هذه المجموعة بفرضية أن السيكوباتية ليست اضطرابا قابلا للعلاج. لكن رغم حجم الأبحاث المتراكمة، يبقى الفهم النظرى للسيكوباتيين محدودا، وتبقى إجابة سؤال "ما السيكوباتية؟" مراوغة.

ربما أعيقت محاولات فهم السيكوباتيين بفرضية أنهم يمثلون مجموعة متجانسة. ورغم أن الجناة السيكوباتيين يشتركون فى سمات مضادة للمجتمع ولديهم عادة تواريخ طويلة من السلوك الضار، فإن الأعمال التى تمت مراجعتها فى هذا الفصل تشير إلى أن القائمة السيكوباتية المعدلة معقدة وتتضمن المعدلات المرتفعة أنواعًا محددة من الشخصية الشاذة. والتمييز "الكلاسيكى" بين السيكوباتيين الأوليين والثانويين له دعم إمبريقى الآن، لكن كما توحى الأبحاث الموصوفة هنا، ربما تكون هناك أنواع فرعية أخرى مهمة.

مازال البحث فى تمييز الأنواع الفرعية على القائمة السيكوباتية المعدلة فى مرحلة مبكرة، وتبقى النتائج الإكلينيكية التى تعترف بتنوع السيكوباتيين افتراضية. وحتى الآن، لا يوجد إلا القليل من التبرير الإمبريقى الحاسم لافتراض أن الأنواع المختلفة تختلف فى خطورة العنف المستقبلى، أو الاستجابة للطرق المتوفرة للتدخل، أو أن آليات

أسباب المرض تُحدَّد بالنسبة للمجموعات الفرعية المختلفة. ورغم ذلك تتزايد الأدلة على اختلافات مهمة بين الأنواع الفرعية فى السيكوباثولوجيا والشخصية. ولم يعد من الممكن تحمل تجاهل البحث والممارسة هذه الاختلافات.

المراجع

1. Alterman, A.I., McDermott, P.A., Cacciola, J.S. et al. (1998) A typology of antisociality in methadone patients. Journal of Abnormal Psychology, 107, 412-22.

2. Baldwin, J.D. (1995) Continua outperform dichotomies. Behavioral and Brain Sciences, 18, 543-44.

3. Baumeister, R.F. and Campbell, W.K. (1999) The intrinsic appeal of evil: Sadism, sensational thrills, and threatened egotism. Personality and Social psychology Review, 3, 210-21.

4. Blackburn, R. (1975) An empirical classification of psychopathic personality. British Journal of Psychiatry, 127, 456-60.

5. Blackburn, R. (1987) Two scales for assessment of personality disorder in antisocial populations. Personality and Individual Differences, 8, 81-90.

6. Blackburn, R. (1996) Replicated personality disorder clusters among mentally disordered offenders and their relation to dimensions of personality. Journal of Personality Disorders, 10, 68-81.

7. Blackburn, R. (1998) Psychopathy and the contribution of personality to violence, in Psychopathy: Antisocial, Criminal and Violent Behavior (eds T. Millon, E. Simonsen, M. Birket-Smith and R.D. Davis), Guilford, New York, pp. 50-67.

8. Blackburn, R. (1999) Personality assessment in violent offenders: the development of the Antisocial Personality Questionnaire. Psychologica Belgica, 39, 87-111.

9. Blackburn, R. (2000) Treatment or incapacitated? Implications of research on personality disorders for the management of dangerous offenders. Legal and Criminological Psychology, 5, 1-21.

10. Blackburn, R. (2005) Psychopathy as a personality construct, in Handbook of Personology and Psychopathology (ed. S. Strack), John Wiley & Sons, Inc., New York, 271-91.

11. Blackburn, R. (2006) Other theoretical models of psychopathy, in Handbook of Psychopathy (ed. C.J. Patrick), Guilford, New York, pp. 35-57.

12. Blackburn, R. (2007) Personality disorder and antisocial deviance: comments on the debate on the structure of the Psychopathy Checklist-Revised. Journal of Personality Disorders, 21, 142-59.

13. Blackburn, R. and Coid, J.W. (1999) Empirical clusters of DSM-III personality disorders in violent offenders. Journal of Personality Disorders, 13, 18-34.

14. Blackburn, R. and Fawcett, D.J. (1999) The Antisocial Personality Questionnaire: an inventory for assessing deviant traits in offender populations. European Journal of Psychological Assessment, 15, 14-24.

15. Blackburn, R. and Renwick, S.J.D. (1996) Rating scales for measuring the interpersonal circle in forensic psychiatric patients. Psychological Assessment, 8, 76-84.

16. Blackburn, R. and Lee-Evans, J.M. (1985) Reactions of primary and secondary psychopaths to anger-evoking situations. British Journal of Clinical Psychology, 24, 254-69.

17. Blackburn, R., Logan, C., Donnelly, J. and Renwick, S.J.D. (2008) Identifying psychopathic subtypes: Combining an empirical personality classification of offend-

ers with the Psychopathy Checklist-Revised. Journal of Personality Disorders, 22, 604-22.

18. Blackburn, R. Renwick, S.J.D., Donnelly, J.P. and Logan, C. (2004) Big Five of Big Two? Superordinate factors in the NEO five factor inventory and the antisocial personality questionnaire. Personality and Individual Differences, 37, 957-70.

19. Brinkley, C.A., Newman, J.P., Widiger, T.A. and Lynam, D.R. (2004) Two approaches to parsing the heterogeneity of psychopathy. Clinical Psychology: Science and Practice, 11, 69-94.

20. Bushman, B.J. and Anderson, C.A. (2001) Is it time to pull the plug on the hostile versus instrumental aggression dichotomy? Psychological Review, 108, 273-79.

21. Cleckley, H. (1982) The Mask of Sanity, 6th edn., Mosby, St. Louis (Original work 1941).

22. Cooke, D.J., Michie, C., Hart, S.D. and Clark, D. (2004) Reconstructing psychopathy: Clarifying the significance of antisocial and socially deviant behaviour in the diagnosis of psychopathic personality disorder. Journal of Personality Disorders, 18, 337-57.

23. Cooke, D.J., Michie, C. and Skeem, J. (2007) Understanding the structure of the Psychopathy Checklist-Revised. British Journal of Psychiatry, 190 (suppl 49) s39-50.

24. DePaulo, B.M., Kashy, D.A., Kirkendol, S.E. et al. (1996) Lying in everyday life. Journal of Personality and Social Psychology, 70, 979-95.

25. Edens, J.F., Marcus, D.K, Lilienfeld, S.O. and Poythress, N.G. (2006) Psychopathic, not psychopath: Taxometric evidence for dimensional structure of psychopathy. Journal of Abnormal Psychology, 115, 131-44.

26. Eysenck, H.J. (1977) Crime and Personality, 3rd edn, Paladin, London.

27. Fagan, T.J. and Lira, F.T. (1980) The primary and secondary sociopathic personality: Difference in frequency and intensity of antisocial behavior. Journal of Abnormal Psychology, 89, 493-96.

28. Fowles, D.C. and Dindo, L. (2006) A dual deficit model of psychopathy, in Handbook of Psychopathy (ed. C.J. Patrick), Guilford, New York, pp. 14-34.

29. Fraley, C. and Raftery, A.E. (2002) Model-based clustering, discriminant analysis, and density estimation. Journal of American Statistical Association, 97, 611-33.

30. Gray, J.A. (1994) Framework for a taxonomy of psychiatric disorder, in Essays on Emotion Theory (eds. S.H.M. van Gootzen, N.E. van de Poll and J.A. Sergeant), Erlbaum, Hillsdale, NJ, pp. 29-57.

31. Haapasalo, J. and Pulkinnen, L. (1992) The Psychopathy Checklist and nonviolent offender groups. Criminal Behaviour and Mental Health, 2, 315-28.

32. Hare, R.D. (2003) The Hare Psychopathology Checklist- Revised, 2nd edn, Multi-Health Systems, Toronto.

33. Hare, R.D. and Neumann, C.S. (2005) Structured models of psychopathy. Current Psychiatry Reports, 7, 57-64.

34. Hare, R.D. and Neumann, C.S. (2006) The PCL-R assessment of psychopathy. Handbook of Psychopathy (ed. C.J. Patrick), Guilford, New York, pp. 58-88.

35. Heilburn, A.B. and Heilburn, M.R. (1985) Psychopathy and dangerousness: comparison, integration, and extension of two psychopathic typologies. British Journal of Clinical Psychology, 24, 181-95.

36. Hervé, H.F. and Hare, R.D. (2004) Psychopathic subtypes and their crimes: a validation study. Paper presented at the annual conference of American Psychology-Law Society, Scotts-dale, AZ.

37. Hicks, B.M. and Patrick, C.J. (2006) Psychopathy and negative emotionality: Analyses of suppressor effects reveal distinct relations with emotional distress, fearfulness, and anger-hostility. Journal of Abnormal Psychology, 115, 276-87.

38. Hicks, B.M., Markon, K.E. and Patrick, C.J. (2004) Identifying psychopathy subtypes on the basis of personality structure. Psychological Assessment, 16, 276-88.

39. Hogan, R. and Nicholson, R.A. (1988) The meaning of personality test scores. American Psychologist, 43, 621-26.

40. Karpman, B. (1946) Psychopathy in the scheme of human typology. Journal of Nervous and Mental Disease, 103, 276-88.

41. Karpman, B. (1948) The myth of the psychopathic personality. American Journal of Psychiatry, 104, 523-34.

42. Kiesler, D.J. (1996) Contemporary Interpersonal Theory and Research: Personality, Psychopathology and Psychotherapy, John Wiley & Sons, Inc., New York.

43. L?sel, F. (1998) Treatment and management of psychopaths, in Psychopathy: Theory, Research, and Implications for Society (eds D.J. Cooke, A.E. Forth and R.D. Hare), Kluwer, Amsterdam, pp. 303-54.

44. Lykken, D.T. (1957) A study of anxiety in the sociopathic personality. Journal of Abnormal and Social Psychology, 55, 6-10.

45. Lykken, D.T. (1995) The Antisocial Personalities, Erlbaum, Hillsdale, NJ.

46. Lynam, D.R. and Derefinko, K.J. (2006) Psychopathy and personality, in Handbook of Psychopathy (ed. C.J. Patrick), Guilford, New York, pp. 133-55.

47. Lynam, D.R. and Widiger, T.A. (2007) Using a general model of personality to identify the basic elements of psychopathy. Journal of Personality Disorders, 21, 160-78.

48. McCord, W.M. and McCord, J. (1964) The Psychopath: An Essay on the Criminal Mind, Van Nostrand, New York.

49. Mealey, L. (1995) The sociobiology of socuiopathy: an integrated evolutionary model. Behavioral and Brain Sciences, 18, 523-99.

50. Megargee, E.I. (1966) Undercontrolled and overcontrolled personality types in extreme antisocial aggression. Psychological Monographs, 80, Whole No. 611.

51. Moffitt, T.E. (1993) Adolescent-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. Psychological Review, 100, 674-701.

52. Morrison, D. and Gilbert, P. (2001) Social rank shame and anger in primary and secondary psychopaths. Journal of Forensic Psychiatry, 12, 330-56.

53. Newman, J.P., MacCoon, D.G., Vaughn, L.J. and Sadeh, N. (2005) Validating a distinction between primary and secondary psychopathy with measures of Gray's BIS and BAS constructs. Journal of Abnormal Psychology, 114, 319-23.

54. Patrick, C.J. (1994) Emotion and psychopathy: Starting new insights. Psychophysiology, 31, 319-30.

55. Patrick, C.J. and Zempolich, K.A. (1998) Emotion and aggression in the psychopathic personality. Aggression and Violent Behavior, 3, 303-38.

56. Pollock, P.H. (1999) When the killer suffers: Post-traumatic stress reactions following homicide. Legal and Criminological Psychology, 4, 185-201.

57. Porter, S. (1996) Without conscience or without active conscience? The etiology of psychopathy revisited. Aggression and Violent Behavior, 1, 179-89.

58. Poythress, N.G. and Skeem, J.L. (2006) Disaggregating psychopathy: Where and how to look for subtypes, in Handbook of Psychopathy (ed. C.J. Patrick), Guilford, New York, pp. 172-92.

59. Schmauk, F.J. (1970) Punishment, arousal, and avoidance learning in sociopaths. Journal of Abnormal Psychology, 76, 325-35.

60. Schmitt, W.A. and Newman, J.P. (1999) Are all psychopathic individuals low anxious? Journal of Abnormal Psychology, 108, 353-58.

61. Skeem, J., Johansson, P., Andershed, H. et al. (2007) Two subtypes of psychopathic violent offenders that parallel primary and secondary variants. Journal of Abnormal Psychology, 116, 395-409.

62. Skeem, J.L. Poythress, N., Edens, J.F. et al. (2003) Psychopathic personality or personalities? Exploring potential variants of psychopathy and their implications for risk assessment. Aggression and Violent Behavior, 8, 513-46.

63. Sokal, R.R. (1974) Classification: Purposes, principles, progress, prospects. Science, 185, 1115-23.

64. Vassileva, J., Kosson, D.S., Abramowitz, C. and Conrod, P. (2005) Psychopathy versus psychopathies in classifying criminal offenders. Legal and Criminological Psychology, 10, 27-43.

65. Warner, M.B., Morey, L.C., Finch, J.F. et al. (2004) The longitudinal relationship of personality traits and disorders. Journal of Abnormal Psychology, 113, 217-27.

66. Watson, D. and Clark, L.A. (1984) Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. Psychological Bulletin, 96, 465-90.

67. Welsh, G. (1956) Factor dimensions A and R, in Basic Reading of MMPI in Psychology and Medicine (eds G.S. Welsh and W.G. Dahlstrom), University of Minnesota Press, Minneapolis, pp. 264-81.

68. Widom, C.S. (1976) Interpersonal and personal construct systems in psychopaths. Journal of Counselling and Clinical Psychology, 44, 416-23.

69. Zuckerman, M. (1995) Is the distinction between primary and secondary sociopaths a matter of degree, secondary traits, or nature vs nurture? Behavioral and Brain Science, 18, 578-79.

الفصل السابع

اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع

استيفان أدي بريتو وشيلاف هودجنز
معهد الطب النفسي، كلية الملك، لندن،
المملكة المتحدة

المقدمة

اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع أحد اضطرابات الشخصية العشرة التى يتضمنها الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات الذهنية (DSM-IV-TR)(1). تتكون معايير تشخيص الاضطراب من سلسلة بنود تشير إلى نمط دائم من الأفعال الصريحة المضادة للمجتمع، إضافة إلى سمات الاندفاع والتوتر وعدم الإحساس بالندم. ويعتبر اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع من أكثر الفئات التشخيصية الموثوق فيها (9)، لكن صلاحيته محل شك (39). ونرى أن تشخيص اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع يتأسس على دليل علمى قوى يُعرِّف مجموعة أفراد يظهرون السلوك المضاد للمجتمع من سن صغيرة جدا، ويبقى ثابتًا طوال العمر. تتنوع مجموعة المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، ويتكونون من أنواع فرعية

متميزة تُعرَّف بالاضطرابات المتزامنة. ولهذه الحقيقة نتائج فى فهم الارتباط بين اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والعنف، من أجل العلاج الفعال، والبحث فى أسباب الاضطراب.

لا يُعرَف إلا القليل عن اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع. ويرجع هذا أساسًا إلى حقيقة أنه لا يوجد تقريبا بحث منشور يفحص المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ويستبعد من تنطبق عليهم معايير تشخيص السيكوباتية. إضافة إلى ذلك، تميز دراسات قليلة بين الأطفال الذين يسيرون باتجاه اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ومن يتسمون بسمات مماثلة لسمات البالغين المصابين بالسيكوباتية. وتشير الأدلة إلى أن اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والسيكوباتية، كما تعرِّفها القائمة السيكوباتية المعدلة (40)، مختلفان تماما (39 و 44). ويراجع الكثير من المقالات والفصول المعنية بالتركيز على اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع النتائج بشأن الجناة السيكوباتيين (انظر على سبيل المثال، (26)؛ (111)). إن نقص الأبحاث عن اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع مثير للدهشة إذا وضعنا فى الاعتبار أن معظم الجناة المسجونين مصابون بهذا الاضطراب (24). ويمثل المصابون باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع عبئا ثقيلا على المجتمع. يفشلون فى المشاركة بغيابهم عن القوة العاملة، ويتسببون فى مستويات كبيرة من الأذى والكرب لرفاقهم المقربين وأطفالهم، وللآخرين، نتيجة ما يقترفونه من جرائم. ويمثلون جزءًا أساسيا فى تجارة العقاقير المحرمة، وتظهر عليهم كلهم تقريبًا من بدايات المراهقة وما بعدها، أنماط خطيرة من إساءة الاستخدام والاعتماد عليها (51 و 93). وأخيرًا، يساهم المصابون باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، رجالا ونساء، فى خلق جيل آخر من المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع بالتنشئة غير المناسبة (49).

يبدأ هذا الفصل بتعريف اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، موضحًا أن الاضطراب يشير إلى متلازمة موثقة بشكل جيد فى أبحاث مستقبلية طولية لمجموعات من السكان، ويتميز عن كل من السيكوباتية كما عرفتها القائمة السيكوباتية المعدلة،

واضطراب الشخصية غير الاجتماعية Dissocial Personality Disorder، كما عرفه التصنيف الدولى للأمراض (ICD-10)(114). تتم مراجعة دراسات معدل انتشار اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، وإلقاء الضوء على الصعوبات المتأصلة فى تصميم بحوث لعينات مجتمعية والقيام بها يمكن بواسطتها استنباط تقديرات دقيقة. بعد ذلك، تُقدَّم الدراسات القليلة عن الروابط الاجتماعية الديموجرافية لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، ويليها مراجعة الدليل على الاضطرابات المتزامنة مع اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع. ونرى أن هذا الدليل أساسى لفهم النتائج المتكررة بأن نصف المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فقط أدينوا بأحكام تتعلق بمخالفات إجرامية. ثم ينتقل هذا الفصل إلى تقديم النتائج المحدودة والمتضاربة المتعلقة بالعنف الذى يقترفه المصابون باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع. وأخيرا، تُقدَّم فرضية لتوجيه البحث مستقبلا عن أسباب اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، وتطور البرامج الفعالة لتقليل العنف بين المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع.

تشخيص اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع

وكما هو الحال مع كل تشخيصات اضطرابات الشخصية، لا يتم تشخيص اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع إلا فى أشخاص فى الثامنة عشرة أو أكبر. لكن على عكس الاضطرابات الأخرى فى الشخصية يتطلب تشخيص اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع دليلا على وجود اضطراب مماثل فى الطفولة. لتشخيص اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، يتطلب الأمر تشخيصَ اضطراب السلوك Conduct Disorder قبل الخامسة عشرة. ويشير اضطراب السلوك إلى "نمط متكرر ومستمر من السلوك يتم فيه انتهاك الحقوق الأساسية للآخرين، أو المعايير أو القواعد الاجتماعية الرئيسية المناسبة للعصر..." (1، ص ٩٨). وتشمل المعايير سلسلةً من السلوكيات- أنواعًا مختلفة من السلوكيات العنيفة تجاه الآخرين وتجاه الحيوانات، وتدمير الممتلكات،

والخداع أو السرقة، وانتهاكات خطيرة للقواعد. ويتم تشخيص اضطراب السلوك حين يسبب خللٌ سلوكى خللا إكلينيكيا جسيما فى الأداء الاجتماعى أو الأكاديمى أو الوظيفى. وتدعم النتائج وجود نوعين فرعيين، نوع يبدأ فى الطفولة قبل العاشرة، ونوع يبدأ فى سن المراهقة حيث تكتمل المعايير فقط فى العاشرة والخامسة عشرة. وتنطبق معايير اضطراب السلوك على نصف البالغين تقريبا الذين شخصوا باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع قبل العاشرة وعلى ٩٥٪ ببلوغ الثانية عشرة (104).

ويُشخَّص اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع بين البالغين، إذا وُجد اضطراب السلوك قبل الخامسة عشرة، إذا كان هناك دليل على "حدوث نمط متفشٍّ من عدم احترام حقوق الآخرين وانتهاكها منذ الخامسة عشرة" (1، ص ٧٠٦). وتشير المعايير إلى سلسلة من السلوكيات- الفشل فى الالتزام بالمعايير الاجتماعية، بما فيها القوانين، ومشاجرات أو اعتداءات متكررة، وإهمال طائش للأمان الشخصى أو لأمان الآخرين، وسمات الاندفاع أو الفشل فى التخطيط للمستقبل، والتوتر، وانعدام المسئولية، وعدم الشعور بالندم.

وتتفق بحوث طولية مستقبلية لمجموعات من السكان، ودراسات عن الأطفال المصابين باضطراب السلوك والأحداث الجانحين، وأيضًا دراسات عرْضية لمجموعات كبيرة من السكان، فى إظهار أن المتلازمة تتميز ببدايات ظهور اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فى الطفولة واستمراره على مدار العمر (32 و57 و75 و94 و110). وهكذا، يدعم اشتراطَ الدليل الأمريكى DSM، تشخيص اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فقط إذا وجد اضطراب السلوك قبل الخامسة عشرة، قدرٌ هائل من الأبحاث. وكلما كانت بداية ظهور الاضطراب فى سن أصغر، وكان عدد الأعراض أكبر، زاد احتمال تطور اضطراب السلوك إلى اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فى مرحلة البلوغ (57 و 91). بينما أصيب، بالتعريف، كل البالغين المشخصين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فى الطفولة باضطراب السلوك، تتطور فقط حالات نصف الأطفال المصابين به إلى اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (100).

ظهر هذا التصور لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع أول مرة فى النسخة الثالثة من الدليل الأمريكى المنشور فى ١٩٨٠ . وتأسس على أدلة من دراسات طولية تتبعت صبيان جانحين إلى مرحلة البلوغ، وتكرر هذا، فيما بعد، عدداً كبيراً من المرات فى عينات مماثلة من المنحرفين، ومن المهم أن ذلك تم فى عينات كبيرة ممثلة للسكان. ويدعم هذا الدليلُ مفهوماً لمتلازمة سلوكية من الانتهاك المستمر للمعايير الاجتماعية، تبدأ فى الطفولة وتستمر فى مرحلة البلوغ (61 و 110). أضافت النسخة الثالثة المعدلة من الدليل الأمريكى DSM-III-R معيار عدم الشعور بالندم بشكل أساسى، لأنه ميَّز المجموعة الفرعية المصابة بالسيكوباتية، مما يزيد من تنوع من تنطبق عليهم معايير تشخيص اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع.

ورغم تأسيس تصور اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، كما تعكسه النسخة الثالثة من الدليل الأمريكى، على دليل علمى قوى للمتلازمة، فإن كثيرين يعتبرون التشخيصَ معيباً و/أو عديم الجدوى. والسبب الأساسى المقدَّم هو أنه لا يشير إلى سمات شخصية، لكنه يشير أكثر إلى متلازمة سلوكية. وقد ادُّعِى أن التشخيص يحدد مجموعة متنوعة من الأفراد يظهرون شخصيات ومواقف ودوافع مختلفة (65). وأشار ويديجر Widiger وترول Trull (111) إلى أن هناك ٨٤٨ طريقة يمكن أن تنطبق بها معايير اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع على فرد. وهنا تكمن المشكلة التى تعوق فهم هذا الاضطراب.

التشخيص التفريقي:

تشمل معايير اضطراب الشخصية غير الاجتماعية كما حُدِّدتْ فى التصنيف الدولى العاشر للأمراض (114) عدم المسئولية والعجز عن الحفاظ على علاقات طويلة، وضعف القدرة على تحمل الإحباط، والميل إلى لوم الآخرين- والسمات الرئيسية

للسيكوباتية- التحجر، وعدم المشاركة الوجدانية، وعدم الشعور بالذنب. وبشكل يماثل تشخيص اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، تشمل معايير اضطراب الشخصية غير الاجتماعية التوتر والعدوانية، وعدم الشعور بالندم، وعدم المسئولية وعدم احترام المعايير الاجتماعية، لكنها لا تتضمن معايير مثل الخداع والاندفاع والطيش. ولا يوجد تقريبا بحث خاص عن اضطراب الشخصية غير الاجتماعية.

وكما ذكرنا سابقًا، لا يُعرَف إلا القليل عن اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع. وفى المقابل أجرى قدر كبير من الأبحاث عن السيكوباتية، كما عُرِّفت بالقائمة السيكوباتية المعدلة، بمعدل ٣٠ أو أعلى فى أمريكا الشمالية، ومعدل ٢٥ أو أعلى فى أوروبا (84). بينما يتطلب التشخيصان دليلا على نمط ثابت من مشاكل السلوك يبدأ فى الطفولة، طبقًا لمفهوم نموذج العوامل الثلاثة عن السيكوباتية، يتطلب تشخيص السيكوباتية، إضافة إلى ذلك، وجود سمات شخصية تسمى "نقص الخبرة الوجدانية" و"السلوك الشخصى المتعجرف والمخادع". فى وقت أحدث، اقتُرِح أن نموذجًا يتكون من أربعة عوامل- متغطرس ومخادع، ونقص الخبرة الوجدانية، ونمط حياتى اندفاعى وغير مسئول، وسلوك مضاد للمجتمع- قد ينقح مفهوم السيكوباتية (41). وتبين أن سمة نقص الخبرة الوجدانية تمثل النقص الأساسى فى السيكوباتية (13). وبشكل مهم، بينما تنطبق معايير اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع على كل المشخصين بالسيكوباتية تقريبًا، لا تنطبق معايير السيكوباتية إلا على ثلث المشخصين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (8).

يصف قدرٌ كبير من الأدلة القوية المتراكمة السماتِ المميِّزةَ للجناة الذين تنطبق عليهم معايير القائمة السيكوباتية المعدلة لتشخيص السيكوباتية عن الجناة الآخرين (84). السمات المميِّزة واضحة، وتشمل الاختلافات فى السلوك وأنماط الإجرام، والأداء المعرفى والانفعالى (انظر على سبيل المثال، (3)). وقد لا يمثل عدم استبعاد السيكوباتيين من دراسات اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع أهمية خاصة حين نفحص على سبيل المثال معدل انتشار اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فى عموم

السكان من الرجال، حيث يُعتقَد أن معدل انتشار السيكوباتية أقل من ١٪ بين الذكور. إن اشتمال تقدير معدل انتشار اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع على المصابين بالسيكوباتية قد يضخِّم التقديرات، لكن إذا وضعنا فى الاعتبار أن احتمال تطوع هؤلاء الأفراد للمشاركة فى مقابلة تشخيصية مملة أقل من غير المصابين بهذا الاضطراب، فإنه لا توجد طريقة لتقدير التأثير الحقيقى على تقديرات معدل انتشار اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع. ربما يكون الفشل فى استبعاد السيكوباتيين من دراسات مرتبطة باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع أكثر خطورة، ويؤدى إلى فهم غير دقيق لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع. على سبيل المثال، توحى دراسات الجناة بأن المصابين بالسيكوباتية الذين أدينوا بأحكام وتهم على جرائم عنيفة أكثر من الجناة الآخرين (42 و 53). وتوضح المشكلةَ دراسةٌ حديثة قارنت الجناة المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، مع وجود السيكوباتية وغيابها، بالجناة غير المصابين بأى من الاضطرابين (53). ضمن الجناة المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، صدرت أحكام أكثر على السيكوباتيين فى جرائم عنيفة وغير عنيفة، وكانوا أكثر تنوعا إجراميا من الجناة غير المصابين بأى من الاضطرابين. ويتسق مع القدر الكبير من الأدلة عن الجناة السيكوباتيين (84)، فى مهمة تتطلب منهم تحديد إن كانت سلسلة من الحروف تشكل كلمة بالإنجليزية، كان أداء الجناة السيكوباتيين أقل تأثرًا بالكلمات الانفعالية من أداء الجناة فى المجموعتين الأخريين. وأخيراً، ضمن الجناة الذين تنطبق عليهم معايير كل من السيكوباتية واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، كلما كان أداؤهم أقل تأثرًا بالكلمات الانفعالية، كان تاريخهم الإجرامى أكثر حدة. وفى المقابل، ضمن المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع من غير السيكوباتيين، لم يرتبط تأثير الكلمات الانفعالية على أداء المهمة بالنشاط الإجرامى (53). وهذا يضيف إلى الأدلة التى توحى بأن تشخيص السيكوباتية يُعرِّف أفراداً يتميزون بشكل محدد من أشكال شذوذ الأداء الانفعالى، مختلفين عن المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع.

إن الدراسات التى تفحص العنف بين المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ولا تستبعد السيكوباتيين مضللة. يوجد قدر ضئيل من الأبحاث عن اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، ويفشل القدر الضئيل الموجود من الدراسات فى استبعاد السيكوباتيين من عينات الدراسة. ويمكن أن ننصح القراء الذين تحبطهم بسهولة النتائج الناقصة، وربما المضللة، بالانتقال إلى الفصل التالى. ورغم البحث بدقة فى الأدبيات المنشورة فى كثير من المجالات، عن الأطفال والبالغين، فإن المعلومات المتوفرة لدينا، مجموعة معًا، محدودة بشكل خطير نتيجة نقص الأبحاث التى تركز على المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع من غير السيكوباتيين.

معدل انتشار اضطراب السلوك:

سجلت النتائج الحديثة من عينات مجتمعية كبيرة فى الولايات المتحدة وبريطانيا العظمى معدلى انتشار لاضطراب السلوك ٩.٥٪، ٨.٥ بالتتابع (37 و 82). وانسجامًا مع الأبحاث السابقة، توضح هذه الدراسات أن معدل انتشار اضطراب السلوك بين الأولاد ضعف معدل انتشاره بين البنات (للاطلاع على مراجعة، انظر (69)). وعلى سبيل المثال، فى عينة بريطانية تضم ٧٩٧٧ طفلا تتراوح أعمارهم بين الخامسة والسادسة عشرة، انطبقت معايير التصنيف الدولى العاشر للأمراض لاضطراب السلوك على ٧.٥٪ من الأولاد، ٩.٣ من البنات (37). فى عينة أمريكية تضم ٣١٩٩ طفلا، حدد تقييم بأثر رجعى لاضطراب السلوك، مؤسس على مقابلة منظمة باستخدام معايير النسخة الرابعة من الدليل الأمريكى DSM-IV، معدل انتشار اضطراب السلوك على مدى الحياة بـ ١٢٪ بين الذكور، ١.٧٪ بين الإناث (82).

معدل انتشار اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع:

بشكل مماثل، يختلف معدل انتشار اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع على العمر إلى حد كبير من دراسة إلى أخرى عبر الدول. ورغم الاختلاف فى معدلات

الانتشار عبر الدول والدراسات، تجد كل التقارير المطبوعة أن اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع أكثر انتشاراً بكثير بين الرجال من النساء بما يتسق مع النتائج المتكررة بالنسبة للأطفال المصابين باضطراب السلوك. فى دراسة وبائية لمنطقة Epi-demiological Catchment Area study، استُخدِم جدول المقابلة التشخيصية Diagnos-tic Interview Schedule لفحص ١٨٥٧١ يمثلون سكان الولايات المتحدة. وُجِد أن معدل انتشار اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع طوال الحياة بين الرجال (٤ . ٥٪) ستة أضعاف معدل انتشاره بين النساء تقريبا (٠ . ٨٪) (94). وبشكل مماثل، فى دراسة لعينة من المجتمع تتكون من ٣٢٥٨ فرداً فى كندا باستخدام بروتوكول المقابلة التشخيصية ذاتها، كان معدل انتشاره على مدار العمر بين الرجال (٦ . ٥٪) ثمانية أضعاف معدل انتشاره بين النساء (٠ . ٨٪) (104). وفى وقت أحدث، فى دراسة فى الولايات المتحدة على ٤٣٠٩٣ شخصًا، كان معدل انتشار اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع طوال الحياة ٥ . ٥ بين الرجال، ١ . ٩ بين النساء (12). فى دراسة أجريت فى بلتيمور Baltimore باستخدام الفحص الدولى لاضطرابات الشخصية، قُدِّر معدل انتشار اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع بـ ٦ . ٥٪ بين الرجال، ٢ . ٥٪ بين النساء (صمويلز J. Samuels، اتصال شخصى). وفى المقابل لم يتم، فى دراسة حديثة لعينة ممثلة من النرويجيين بين الثامنة عشرة والخامسة والستين، باستخدام المقابلة المنظمة لاضطرابات الشخصية فى النسخة الثالثة المعدلة من الدليل الأمريكى (86)، لم يتم تحديد أى حالة من اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع بين ١١٤٢ امرأة، ووجد أن معدل الانتشار على مدار العمر ١ . ٣ بين ٩١١ رجلا (105). فى دراسة حديثة لعينة من سكان بريطانيا قُدِّر معدل انتشار اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع عند ١٪ بين الرجال، ٠ . ٢٪ بين النساء (11).

قد تعكس الاختلافات المسجلة لمعدل انتشار اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع عبر الدول اختلافًا قوميا حقيقيا فى معدل الانتشار الحقيقى للمرض، وقد تكون ببساطة نتيجة لخصائص منهجية محددة للدراسات. بينما كل معدلات الانتشار

المذكورة أعلاه مستنبطة من دراسات استخدمت معايير النسخ الثالثة والثالثة المعدلة والرابعة من الدليل الأمريكى، فمن المحتمل أن الاختلافات فى المعدلات نتيجة اختلافات فى إجـراءات اختيـار العينــات، وانحرافات العينة وبروتوكولات المقابلة التشخيصية ((11)؛ (97)، وللاطلاع على مراجعة انظر (76)). وتوضح نتائج الدراسة الحديثة لعينة مجتمعية ممثلة من بريتونز Britons أن الاختلاف فى المعدلات ينتج عن اختلاف فى اختيار العينة والإجراءات التشخيصية. فى المرحلة الأولى من هذا الفحص، أكمل ٨٣٩٧ شخصا استبيان الفحص بالتقرير الذاتى للمقابلة الإكلينيكية المنظمة لاضطرابات المحور الثانى فى النسخة الرابعة من الدليل الأمريكى (25). وقدم هذا تقديرا لمعدل الانتشار بـ ٤٪ (10). وحين أكملت مجموعة فرعية تتكون من ٦٢٦ فرداً من هذه العينة هذه المقابلات وجها لوجه باستخدام بروتوكول المقابلة الإكلينيكية المنظمة لاضطرابات المحور الثانى فى النسخة الرابعة من الدليل الأمريكى، هبط معدل الانتشار إلى ٠.٦٪ (11). ويحتمل أن تكون معدلات الانتشار المسجلة فى العينات المجتمعية تقديرات منخفضة لمعدل الانتشار الحقيقى لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع. تطلبت الدراسات التى تمت مراجعتها أعلاه موافقة شخصية على المشاركة، وباستثناء المرحلة الأولى من الدراسة البريطانية (10)، تمت التشخيصات بالمقابلة وجها لوجه. حديثا، بعد إجراء دراستين على اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فى عينات من عموم السكان، لاحظ صمويلز Samuels وآخرون (97): "كنا عاجزين عن مقابلة الأشخاص فى العينة المستهدفة الذين ماتوا أو كانوا عاجزين عن المشاركة أو غير راغبين فيها، أو كان من غير الممكن اقتفاء آثارهم" (ص ٥٤٠). ويحتمل أكثر من الآخرين المماثلين فى السن والجنس أن يكون المصابون باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع قد ماتوا (6)، وأن يكونوا غير راغبين فى المشاركة فى مشروع بحثى (48)، ويحتمل بشكل أقل أن يكون لهم عنوان ثابت ورقم تليفون ثابت لتيسير التعرف على العينة وتتبعها (92).

ارتباطات اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع:

ثمة دليل على ارتفاع نسبة الموت المبكر فى الأفراد، وبشكل خاص الذكور، المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، وينتج هذا عموما من الانهماك فى سلوكيات متهورة (89). إضافة إلى ذلك، ربما تؤدى السلوكيات المتهورة إلى العجز. على سبيل المثال، فى دراسة لمجموعة كبيرة من المولودين فى الدانمارك تم تتبعهم إلى الأربعينيات من أعمارهم، كان نصف المحجوزين تقريبا فى المستشفيات بمتلازمة الإصابة العضوية فى الدماغ organic brain syndrome ممن عُرِضوا من قبل بمتلازمة السلوك المضاد للمجتمع (38).

يرتبط اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، والاضطراب السلوكى أيضًا، بوضع اجتماعى واقتصادى متدنٍّ. يزيد معدل انتشار الاضطراب السلوكى كلما قل مستوى الحرمان الاجتماعى لعائلة الطفل (37)[١]. فى مرحلة البلوغ، يكون المصابون باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فقراء يعيشون فى الأحياء الداخلية المحرومة اجتماعية من المدن (35 و 76). ويتسق الفقر فى مرحلة البلوغ مع المعدلات المرتفعة من البطالة. إن أحد المعايير التشخيصية لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع الصعوبة فى الحفاظ على وظيفة ثابتة. وترتبط البطالة، بدورها، مع الإنجاز الأكاديمى الضعيف كما يتبين فى الأطفال المصابين باضطراب السلوك (64).

الاضطرابات المتزامنة مع اضطراب السلوك:

الأطفال المصابون باضطراب السلوك معرضون فى فترة مبكرة عن الأطفال الآخرين لتعاطى الكحول والعقاقير المحظورة، والاستمرار فى تعاطيها حتى يصابوا بسرعة أكبر باضطرابات إساءة استخدام المواد المخدرة التى تبقى طوال فترة البلوغ

(١) الجملة هكذا فى الأصل.

(15و78 و93). وبينما كل الأطفال والمراهقين تقريبا المصابين باضطراب السلوك يسيئون استخدام الكحول و/أو العقاقير، فإن من ٨.٧٪ إلى ٤٥.٤٪ من الأولاد، ومن ٢.١٪ إلى ٦١.٤٪ من البنات، من المصابين باضطراب السلوك سوف يصابون أيضًا باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (19 و71). ويرتبط اتحاد اضطراب السلوك واضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، مقارنة باضطراب السلوك وحده، ببداية مبكرة لظهور مشاكل السلوك، والسلوك العدوانى، واستمرار السلوك المضاد للمجتمع خلال المراهقة ومرحلة البلوغ، وضعف فى القدرات المعرفية اللفظية والاجتماعية ومشاكل أكثر مع الأقران (57 و66 و109).

بين الأطفال المصابين باضطراب السلوك فى عينات مجتمعية، يتراوح معدل الانتشار المتزامن لاضطرابات القلق ٢٢٪ - ٣٣٪، بينما ضمن الأطفال المصابين باضطراب السلوك ممن سعوا للعلاج يوجد ٦٠ - ٧٥٪ مصابون باضطرابات القلق (95). ويختلف هذا الارتباط طبقا للسن والنوع، وتكون المعدلات بين الذكور أعلى من الإناث، وفى منتصف الطفولة (67). فى دراسة لأولاد عمرهم ٢٤ شهرًا لديهم مشاكل سلوكية، تم تحديد مجموعة فرعية ممن لديهم مشاكل قلق متزامن، مما يوحى بأن هذا الاتحاد للمشاكل يظهر فى وقت مبكر من الحياة (30). وكما نرى فى القسم التالى، يوجد الآن دليل يوحى بأن هذا الاتحاد للاضطرابات ربما يبقى ثابتًا طوال العمر. وتدعم بعض الدراسات عن الأطفال المصابين باضطراب السلوك الرأى الشائع بأن القلق يحد من السلوك المضاد للمجتمع ومن السلوك العدوانى (50 و108). وربما يكون الارتباط بين اضطراب السلوك والقلق ظاهرة عارضة حيث إن الاثنين مرتبطان بالاكتئاب كما يتضح من دراسة عرْضية لعينة قومية ممثلة من ١٠٤٣٨ طفلا تتراوح أعمارهم بين الخامسة والخامسة عشرة (69).

إن معدل انتشار الاكتئاب بين الأطفال المصابين باضطراب السلوك أعلى بكثير من معدله بين الأطفال غير المصابين، ويرتبط هذا الاتحاد بأعراض أكثر حدة، وبمستويات أعلى من الخلل الاجتماعى (2 و112). وبين الأولاد المصابين باضطراب

السلوك، من المرجح أن يحدث الاكتئاب قبل المراهقة، بينما بين البنات المصابات باضطراب السلوك، يظهر الاكتئاب متأخراً فى وسط المراهقة ويكون أكثر خطورة (62).

بإيجاز، يشكل الأطفال المصابون باضطراب السلوك مجموعة متنوعة جدا. تظهر على معظمهم مشاكل إساءة استخدام المواد المخدرة فى المراهقة، وقبل ذلك تظهر نسب كبيرة من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط والقلق واضطرابات الاكتئاب. ولا تتوفر غالبا بيانات عن الارتباطات بين هذه الاضطرابات المتنوعة المتزامنة واحتمال تحول الأطفال المصابين باضطراب السلوك إلى اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فى مرحلة البلوغ. لكن الاضطرابات الثلاثة كلها، وكما يوضح القسم التالى، تميز البالغين المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع.

الاضطرابات المتزامنة مع اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع:

أوضحت نتائج دراسة وبائية لمنطقة أجريت فى بداية الثمانينيات من القرن العشرين أن أقل من ١٠٪ من المشخصين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع لم يحملوا أى تشخيص آخر على المحور الأول (94). وأكدت دراسات تالية على المعدلات المرتفعة للاضطرابات المتزامنة فى المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع. واتساقا مع الأدلة الذى راجعناها أعلاه فى الأطفال والمراهقين المصابين باضطراب السلوك، تبين أن معدل انتشار اضطرابات إساءة استخدام المواد المحظورة (على سبيل المثال، (12)) واضطرابات القلق (كويد J.W. Coid، اتصال شخصى؛ 36) والاكتئاب (94) أعلى بين المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع من غير المصابين. وفى حدود علمنا، لا توجد دراسة فحصت معدل انتشار اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بين البالغين المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، سواء فى المجتمع أم فى السجون، كما لاحظنا من قبل (115).

أوضحت البحوث الوبائية بانتظام أن إساءة استخدام المواد المخدرة الاضطراب الأكثر ارتباطًا باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (12و51 و94). على سبيل المثال، فى مسح قومى فى الولايات المتحدة لتزامن العلل، كان ٨٠٪ تقريبا من المستجيبين المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع مصابين باضطراب إساءة استخدام المواد المخدرة على مدار العمر (51). فى الدراسة الوبائية لمنطقة، كان احتمال إساءة استخدام الكحول والعقاقير المحظور فى الرجال المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، مقارنة بغير المصابين به، ثلاثة أضعاف وخمسة أضعاف بالتتابع (94). وبين النساء، كان احتمال أن تحمل المصابات باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، مقارنة بغير المصابات، تشخيص إساءة استخدام الكحول أكثر ١٣ مرة، وأكثر ١٢ مرة بالنسبة لتشخيص إساءة استخدام المواد المخدرة. وتبين أن اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع هو اضطراب الشخصية الأقوى ارتباطًا بإساءة استخدام المواد المخدرة؛ مع ارتباطات بين النساء أقوى مما بين الرجال (12 و 94).

كشف بحثان وبائيان حديثان لمجموعتين كبيرتين من السكان أن نصف المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع تقريبا تنطبق عليهم معايير أحد اضطرابات القلق على الأقل. درس المسح القومى لتزامن العلل عينة ممثلة مكونة من ٥٨٧٧ من البالغين من ٤٨ ولاية أمريكية (34). شُخِّص أكثر من نصف (٥٣.٣٪) المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فى حياتهم باضطراب من اضطرابات القلق. إضافة إلى ذلك، كان احتمال تعرض المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع مع اضطراب من اضطرابات القلق للإصابة باضطراب الاكتئاب الجسيم واضطراب استخدام المواد المحظورة والأفكار الانتحارية أعلى مقارنة بغير المصابين بأى من الاضطرابين. وكرر هذه النتائج سارين Sareen وآخرون (98) فى عينيتين وبائيتين كبيرتين، واحدة من الولايات المتحدة وواحدة من كندا. وجد الباحثون أن ٤٧٪ من البالغين المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، أو بتاريخ لاضطراب السلوك، أو مَن تنطبق عليهم معايير اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فقط، يصابون فى حياتهم باضطراب على الأقل من اضطرابات القلق. يبقى الارتباط بين

الاضطرابات دالا بعد ضبط الخصائص الاجتماعية والديموجرافية، والاكتئاب واضطرابات استخدام الكحول والعقاقير. فى وقت أحدث، وصل معدل انتشار اضطراب من اضطرابات القلق فى المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، فى عينة مجتمعية كبيرة فى الولايات المتحدة، إلى ٤٧.٥٪ (60).

فى الدراسة الوبائية لمنطقة، وُجِد الاكتئاب فى المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع بمعدل يزيد عن ثلاثة أضعاف معدل حدوثه فى عموم الناس (نسبة الانتشار ٢.٣، ٣.٥ فى الذكور والإناث بالتتابع) (94). وفى وقت أحدث، فى دراسة لعينة مجتمعية فى الولايات المتحدة مكونة من ٥٦٩٢ شخصا، كان ١.٩٪ من المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع مصابين باضطراب الاكتئاب الجسيم وتنطبق معايير اضطراب من اضطرابات المزاج mood disorders على ٢٧.٧٪ (60).

بإيجاز، توحى الأدلة المتوفرة بأن المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع لا يشكلون مجموعة متجانسة. ولا يقتصر الأمر على عدم استبعاد السيكوباتيين من دراسات اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، لكن يمكن تعريف كل مجموعة فرعية محددة بسهولة بالاضطرابات المتزامنة التى تتراكم معاً فى الفئة التشخيصية ذاتها. ونفترض أن هذا يحد بشكل خطير من فهم المتلازمة التى تتميز ببداية مبكرة لظهور السلوك المضاد للمجتمع وتبقى ثابتة طوال العمر. وكما أوضحنا، يظهر القلق والاكتئاب المتزامنان فى المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فى وقت مبكر من الحياة ويستمران ليظهرا من جديد خلال مرحلة البلوغ.

الإجرام:

تتسق نتائج البحوث الوبائية فى توضيح أن نصف المشخصين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع تقريبا لهم سجل من المخالفات الإجرامية (94؛ صمويلز J. Samuels، اتصال شخصى). وتتطلب هذه الدراسات للعينات الاجتماعية كلها إذنًا

موقعا ومشاركة تطوعية، وفى إحداها معلومات عن الإجرام قُدِّمت بالتقرير الذاتى (٩٤)، بينما تعتمد الدراسة الأخرى على سجلات الإجرام (96). فى مجموعة مولودة فى الدانمارك مكونة من ٣٢٤٤٠١ من الأفراد الذين تم تتبعهم حتى سن الثالثة والأربعين، قورنت السجلات الرسمية لإجرام المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ممن تم حجزهم فى عنابر الطب النفسى بمجموعة ممن لم يتم حجزهم فى عنابر الطب النفسى. كان الخطر النسبى لصدور أحكام بالإدانة فى جرائم عنف فى المشخصين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ٢.٧ (٩٥٪ CI ٨,٨-٩,١٦) بالنسبة للرجال، ١.١٢ (٩٥٪ CI ٨,٨-٩,١٦) بالنسبة للنساء (47). بينما استخدم هذا البحث معلومات سجلات إجرامية غير محددة لتجنب المشاكل الناجمة عن انحراف المشاركة والتقارير الذاتية عن الجريمة، فقد تكون النتائج مضللة لأن من المحتمل أن يختلف المصابون باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع الذين حجزوا فى المستشفيات عن الغالبية العظمى من المصابين بهاذ الاضطراب.

فى المقابل، يشيع اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع بشكل كبير بين الجناة المسجونين. على سبيل المثال، قيِّمت مراجعة منظمة لاثنتين وستين دراسة، أجريت على مدى عدة عقود فى ١٢ دولة معدل انتشار الاضطرابات الذهنية ضمن عينات ممثلة من الجناة الذين صدرت أحكام ضدهم. ضمن ١٣٨٤٤ من المساجين، شُخِّص ٤٧٪ من الذكور، ٢١٪ من الإناث باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع باستخدام طرق معيارية للتقييم (24). واتساقا مع نتائج المراجعة المنظمة، ضمن المساجين فى إنجلترا وويلز، شُخِّص ٤٩٪ من الرجال، ٣١٪ من النساء باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع اعتمادا على المقابلات وجها لوجه (101).

لم تجد الدراسات ضمن المساجين ارتباطًا منتظمًا بين اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والجرائم العنيفة. على سبيل المثال، فى عينة عشوائية من ٤٦١ من المساجين من كويبك Québec صدرت ضدهم أحكام لعامين أو أكثر، وصدرت ضد المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، مقارنة بغير المصابين، أحكامٌ أكثر

على جرائم لا تتسم بالعنف، وصدر بحقهم عدد مماثل من الأحكام على جرائم العنف (45). ومن المهم أن هذه الدراسة، مثل الدراسات الأخرى، لم تستبعد النزلاء الذين قد تنطبق عليهم معايير السيكوباتية. وفى وقت أحدث، فى دراسة صلاحية validation لتقييم العنف فى ليفربول، مقابلة معيارية معتمدة على الباحث لقياس أنماط العنف، قورن معدل العنف فى ٦١ سجينًا بريطانيًا بتاريخ سابق للعنف من المشخصين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ومن غير المشخصين، (حذفت تقديرات هذا الاضطراب المساهمة فى السلوكيات العنيفة.) حصل السجناء المصابون به على معدلات أعلى من غير المصابين به فيما يتعلق بالعنف. ووجد رغم ذلك اختلاف جوهرى فى مستويات العنف فى مجموعة المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، وعُرِض ثلثهم فقط بأحداث عارضة تتسم بمستويات منخفضة من العنف، وثلث آخر بأفعال عنيفة متكررة (79).

ورأى البعض أن المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ينهمكون فى عنف تفاعلى وليس فى عنف إجرائى (3). وفحصنا مؤخرًا عينة ممثلة من الجناة الذكور المسجونين فى أسكتلندا، واستبعدنا السيكوباتيين من بين المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع. انهمك ٦٠.٧٪ من المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، فى العدوانية الإجرائية (17). وهذه النتائج مهمة: كانت العينة عشوائية من الجناة المسجونين، واعتمد التمييز بين العنف التفاعلى والإجرائى على تقييمات على مدار العمر. وتتحدى هذه النتائج الرأى الشائع بأن السيكوباتيين وحدهم ينهمكون فى العدوانية الإجرائية.

العنف تجاه الآخرين:

رغم النتائج المتسقة بأن أقل من نصف المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع صدرت بحقهم أحكام على جرائم، ونسبة أقل على جرائم عنف، فإن الدراسة

التى فحصت ١٨٥٧١ شخصًا ممثلين لسكان الولايات المتحدة فى أوائل ثمانينيات القرن العشرين وجدت أن ٨٥٪ من المشخصين بهذا الاضطراب انهمكوا فى عنف تجاه الآخرين (94). وفى المقابل، سجلت دراسة حديثة فحصت عينة مجتمعية بريطانية من ٨٣٩٧ شخصًا تتراوح أعمارهم بين السادسة عشرة والرابعة والسبعين نتائج مختلفة تمامًا. فى هذه الدراسة اشتُقَّتْ التشخيصات من استبيان الفحص بالتقرير الذاتى للمقابلة الإكلينيكية المنظمة لاضطرابات المحور الثانى فى النسخة الرابعة من الدليل الأمريكى. ذكر نصف المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع أنهم لم ينهمكوا فى عنف تجاه الآخرين فى السنوات الخمس السابقة، بينما ذكر ٢٩٪ أنهم اقترفوا أعمال عنف تجاه الآخرين وهم سكارى، وذكر ٢٦٪ أنهم جرحوا ضحية، وذكر ٢٣٪ اقتراف خمسة أحداث عنف أو أكثر (10). ربما يكون التفاوت فى نتائج هاتين الدراستين نتيجة اختلاف معايير التشخيص (النسخة الثالثة من الدليل الأمريكى مقابل النسخة الرابعة)، والإجراء التشخيصى (محاور يستخدم جدول مقابلة تشخيصية مقابل تقرير ذاتى على استبيان فحص المقابلة الإكلينيكية المنظمة لاضطرابات المحور الثانى فى النسخة الرابعة من الدليل الأمريكى) و/ أو اختلافات عبر البلاد والزمن (١٩٨٠ ، ٢٠٠٠).

وبين الأطفال المصابين بمشاكل سلوكية، يظهر المعرضون أكثر لخطر ظهور اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع بسلوك مضاد للمجتمع أكثر استمرارية وأكثر حدة، ويشمل ذلك العدوانية الجسدية والعنف (74). وكلما كانت بداية ظهور السلوك العدوانى الجسدى مبكرة كان احتمال استمراره إلى مرحلة البلوغ أعلى (32 و63 و68 و91). توحى الأدبيات الحالية مجتمعة بأن خطر انهماك المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فى العنف، مقارنة بغير المصابين، أكبر، ويساوى ذلك فى أهميته أن نسبة كبيرة من المصابين بهذا الاضطراب لا ينهمكون فى عنف تجاه الآخرين. بينما لم يُبذَلْ إلا القليل من العمل لتحديد الخصائص التى تميز من ينهمك من هذه المجموعة فى العنف، فإن الأدلة المتوفرة تشير بقوة إلى أن العنف فى مرحلة البلوغ استمرار للسلوك العدوانى فى الطفولة.

اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والعنف:

فرضية جديدة:

كما ذكرنا باستمرار، إن فهمنا لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع محدودٌ جدا، والمعرفة المتوفرة عن العنف الذى يقترفه المصابون بهذا الاضطراب تعتمد حاليا على عدد ضئيل من دراسات توصلت إلى نتائج متضاربة. ونفترض أن النتائج المأخوذة من دراسات طولية مستقبلية لمجموعات المواليد وعينات من الأطفال المهددين تتفق فى تحديد متلازمة تتميز ببداية مبكرة لسلوك مضاد للمجتمع يبقى ثابتا طوال العمر. وبينما يشير الدليل الأمريكى DSM إلى هذه المتلازمة باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، فإن آخرين أطلقوا عليها اسم متلازمة التجسيد externalizing syn- drome (55). إن الرجال المصابين بهذه المتلازمة مسئولون عن معظم جرائم العنف التى يتم اقترافها، بينما النساء المصابات بهذه المتلازمة مسئولات عن ثلث جرائم العنف التى تقترفها النساء تقريبا (23 و 54). ثمة دليل قوى يوضح أن بين الذين يتسمون بنمط مبكر وثابت من السلوك المضاد للمجتمع تكون المجموعة الفرعية من السيكوباتيين مسئولة عن قدر غير متناسب من العنف، أحداث تؤدى، أو لا تؤدى، إلى محاكمة جنائية (42).

تقترح الدراسات السلوكية الجينية أن متلازمة السلوك المضاد للمجتمع، التى تبدأ مبكرًا وتستمر طوال العمر، تشمل إساءة استخدام المواد المخدرة وأنها وراثية (55). ثمة قدر هائل من الأدلة يوضح أن الحساسية الجينية للمتلازمة تتعزز بعوامل تعمل أثناء الحمل مثل تدخين الأم (70) وسوء التغذية (80)، لكن الأكثر أهمية بممارسات الآباء (46)، بما فى ذلك الإساءة الجسدية (7).

وتشمل متلازمة السلوك المضاد للمجتمع، التى تبدأ مبكرا وتستمر طوال العمر، أنواعًا فرعية تتحدد بالاضطرابات المتزامنة التى تختلف كما هو الحال بالنسبة لسمات الشخصية، ومستويات القلق، والأسلوب والقدرات المعرفية، والأداء الانفعالى، والأنماط

السلوكية. يقدم الشكل "٧، ١" رأيا تخطيطيا. واعتماداً على دراسات الأطفال والبالغين، نفترض أن نصف أفراد هذه المجموعة يتميزون منذ الطفولة وما بعدها بالقلق، كما يتميزون بالسلوك المستمر المضاد للمجتمع. يظهر النصف الآخر، فى المقابل، مستويات عادية أو منخفضة من القلق، ومستويات مختلفة من السمات السيكوباتية، ويشمل مجموعة فرعية مميزة ممن تنطبق عليهم معايير تشخيص السيكوباتية. وبين هذا النصف غير القلق من المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع يظهر مَنْ لا تنطبق عليهم معايير تشخيص السيكوباتية مستويات من السيكوباتية أعلى من المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع المصحوب بالقلق، وأكثر من عموم السكان. ونرى أن السلوكيات الإجرامية والعنيفة لهذه الأنواع الفرعية الثلاثة- القلق، المستويات المنخفضة من السمات السيكوباتية، والسيكوباتية- تختلف فى التكرار والشكل، وأيضًا فى الآليات السببية. لننهى الفصل، نضع معًا ما هو معروف عن اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فى فرضيات يمكن اختبارها فى أبحاث فى المستقبل. ونرى أن هذه هى الطريقة الوحيدة لدفع المجال إلى الأمام. ويمكن أن تساهم البحوث التى تدعم فرضياتنا، أو تفندها، فى تقدم فهم هذه المتلازمة التى تمثل عبئًا ثقيلا على المجتمع.

لنتأمل أولا المجموعة الفرعية من المصابين بقلق وسلوك مضاد للمجتمع باستمرار. إنهم يتميزون فى الطفولة عن الآخرين من المصابين باضطراب السلوك بإظهار مستويات منخفضة من سمات التحجر غير الانفعالى. يمارس الأولاد الذين يعانون من مشاكل سلوكية، ولا يظهرون سمات تحجر غير انفعالى، سلوكا عدوانيا مشحونا بالانفعال، استجابة لمثيرات قد تكون واقعية أو ناجمة عن ميلهم إلى أن ينسبوا العداء للآخرين، حتى للوجوه الحيادية (16 و 28). ويسجل هؤلاء الأطفال كربا انفعاليا وخاصة للمنبهات الانفعالية السلبية. لكنهم يستجيبون للممارسات الأبوية الجيدة، ويستفيدون حين ينهى آباؤهم برامج تدريب الآباء (43). ويظهر هؤلاء الأطفال مستويات مرتفعة من الاندفاع، وميلا تجاه الغضب، ويتمتعون، مثل الأطفال المصابين باضطرابات القلق، بقدرات لفظية أقل من المتوسط (28). ويختلف هؤلاء الأطفال

المصابون باضطراب السلوك عن المصابين باضطراب السلوك المصحوب بسمات التحجر غير الانفعالى بطرق عديدة: يظهرون مشاكل سلوكية أقل حدة، واحتمال انهماكهم فى العنف تجاه الآخرين أقل، ويمكنهم الاعتراف بالخوف والحزن، ويظهرون عيوبا أقل فى القدرات اللفظية والقدرات المعرفية العامة (28 و 87). لكنهم يستجيبون للعقاب فى شكل مهلة للهدوء حين يستخدمه آباؤهم بشكل مناسب (43)[٢].

وكما لاحظ آخرون (98)، ربما يبدو الارتباط إيجابى بين اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والقلق مضادا للحدس فى ضوء أدلة قدمها عدد صغير من الدراسات، توضح أن القلق يقى من الإجرام (85 و 108) ويوضح عدد كبير من الدراسات أن المستويات المنخفضة من القلق مرتبطة باستمرار الإجرام (83). ويوجد دليل حديث يشير إلى صورة أكثر تعقيداً. توحى التحليلات الثانوية للبيانات من "المسح القومى الشامل" لبريطانيا العظمى أن وجود أى اضطراب عصابى (محدد على النحو التالى: اضطراب الهلع، القلق العام، اضطراب امتزاج القلق والاكتئاب، اضطراب الوسواس القهرى، أى رهاب أو نوبة اكتئاب، الحالة مستمرة فى آخر أسبوعين) أكثر شيوعاً بشكل دال فى المستجيبين من المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (٣٢.٢٪) من بقية السكان (١٦٪). سجلت بين المصابين بهذا الاضطراب نسب مماثلة من المصابين باضطراب عصابى متزامن، ومن غير المصابين، من الانهماك فى العنف تجاه الآخرين. لكن يحتمل أكثر أن يسجل المصابون باضطرابات عصابية متزامنة الاعتداء على بقية أفراد الأسرة، والأشخاص المعروفين لهم، وأطفالهم (كويد J.W. Coid، اتصال شخصى فى ١٣ فبراير ٢٠٠٧). وبشكل مماثل، فى دراسة لعينة عشوائية من ٦٥٠ من الذكور نزلاء السجون فى كويبك، أظهر المحكوم عليهم فى جرائم قتل معدلات أعلى من الاكتئاب المصاحب لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، وإساءة استخدام الكحول والعقاقير و/أو الاعتماد عليها، مقارنة بالمحكوم عليهم بأنواع أخرى من الجرائم (14).

(٢) مهلة للهدوء time-out: أسلوب يستخدم فى عقاب الطفل المستثار بعزله مؤقتا حتى يهدأ.

لاحظ روبنز Robins (92)، منذ سنوات طويلة واصـفـا المصـابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، أنه "إذا وضع المرء فى اعتباره أن الآباء، استجابة لسلوكهم المبكر المضاد للمجتمع، يضربونهم ،والمدارس تطردهم، والبوليس يطاردهم، فربما لا تبدو خبرتهم الذاتية بالعالم بوصفه معاديا وخطيرا غير منطقية تماما" (ص ٢٦٩). ومن المعروف أن الإساءة الجسدية ترتبط بزيادة خطر نشأة مشاكل السلوك (56). وأظهرت دراسات عديدة أن استجابات الأطفال للإساءة الجسدية تختلف طبقا لخصائصهم البيولوجية والسيكولوجية. على سبيل المثال، تبين أن إساءة المعاملة الجسدية بين الذكور فى الطفولة ممن يحملون بديلا allele منخفض النشاط لجين "مؤكسد الأمينات الأحادية أ" MAOA تصيبهم باستعداد لاضطراب السلوك فى الطفولة واقتراف جرائم عنف فى مرحلة البلوغ (للاطلاع على مراجعة لهذه النقطة انظر (52))[٣]. وأشارت دراسات أخرى إلى أن تأثيرات هذا التعدد الشكلى الجينى genetic polymorphism وإساءة المعاملة فى الطفولة منفصلان (88). وأوضحت دراسة حديثة عن البالغين الأصحاء أن البديل منخفض النشاط لجين مؤكسد الأمينات الأحادية أ مرتبط فى الرجال باختلافات فى بنية الدماغ ووظيفته. ومن المهم، فى مهمة تتطلب من الرجال مطابقة الأوجه الغضبى والخائفة بالوجه المستهدف، أن من يحملون البديل منخفض النشاط أظهروا، مقارنة بمن يحملون البديل مرتفع النشاط، نشاطاً زائدا فى المناطق الطرفية limbic وحول الطرفية paralimbic (اللوزة amygdala والجزيرة insula) ونشاطاً منخفضاً فى مناطق فى القشرة (الجزء المحجرى من الفص الجبهى ومقدمة المطوقة) من المعروف أنها تنظم الاستجابات الانفعالية. إضافة إلى ذلك، أظهر الرجال الذين يحملون البديل منخفض النشاط نشاطاً أكبر فى اللوزة حين استعادوا ذكريات منفرة، ونشاطاً أقل فى الجزء الخلفى من المطوقة، وهى منطقة مسئولة عن كف استجابات سبق تعلمها (73). ووجدت دراسة أخرى، على البالغين الأصحاء أيضاً، أن

(٣) بديلا allele: شكل من شكلين أو أكثر لسلسلة الدنا DNA sequence فى جين معين.

من يحملون البديل منخفض النشاط لجين مؤكسد الأمينات الأحادية أ، مقارنة بمن يحملون البديل مرتفع النشاط، سجلوا مستويات أعلى من سمات العدوانية والحساسية الشخصية. وأظهروا، إضافة إلى ذلك، نشاطًا أكبر في الجزء الخلفي من مقدمة المطوقة حين يصيبهم الكرب باستبعادهم من مباراة مثيرة من مباريات الكرة. وكشفت التحليلات الإحصائية أن الارتباط بين البديل منخفض النشاط لجين "مؤكسد الأمينات الأحادية أ" وسمة العدوانية ينتقل عبر النشاط الأكبر في قشرة المطوقة استجابة للاستبعاد (22).

يؤدي انخفاض نشاط التعدد الشكلي الجيني لمؤكسد الأمينات الأحادية أ إلى مستويات منخفضة من السيروتونين serotonin في الدماغ، ومعروف منذ فترة طويلة أنه يرتبط بالعنف الاندفاعي والتفاعلي (107). ينظم جين ناقل السيروتونين 5HTT تأثير السيروتونين وامتصاصه في الدماغ أيضًا. وجدت دراسة حديثة قارنت الجناة العنيفين وغير العنيفين والرجال غير المجرمين أن وجود هذا البديل منخفض النشاط، ناقل السيروتونين 5HTTLPR،[٤] في الرجال الذين تعرضوا لإساءة المعاملة الجسدية في طفولتهم، ارتبط باقتراف جرائم العنف باستمرار (88). تورط البحوث على كل من البشر والرئيسات جهاز السيروتونين بقوة في العنف التفاعلي الاندفاعي (59))، ومعظمه بشكل خاص في مقدمة المطوقة (27).

نفترض أن النوع الفرعي من الذكور القلقين المصابين بسلوك مضاد للمجتمع، بدأ مبكرا ويستمر طوال العمر، يحملون الأنواع منخفضة النشاط من جين "مؤكسد الأمينات الأحادية أ" و/ أو ناقل السيروتونين. وقد يؤدي هذا إلى قابلية التفاعل بحدة في المواقف الموترة. قد يُعدِّل سوء المعاملة في فترة حرجة من فترات النمو هذه الأنظمة البيولوجية المتفاعلة مع التوتر مما يجعلها تتفاعل بصورة مفرطة مع البيئات، وتعزز الميل لاعتبار الآخرين معادين، أو تستهله. وربما يؤدي هذا في مرحلة البلوغ إلى فرد

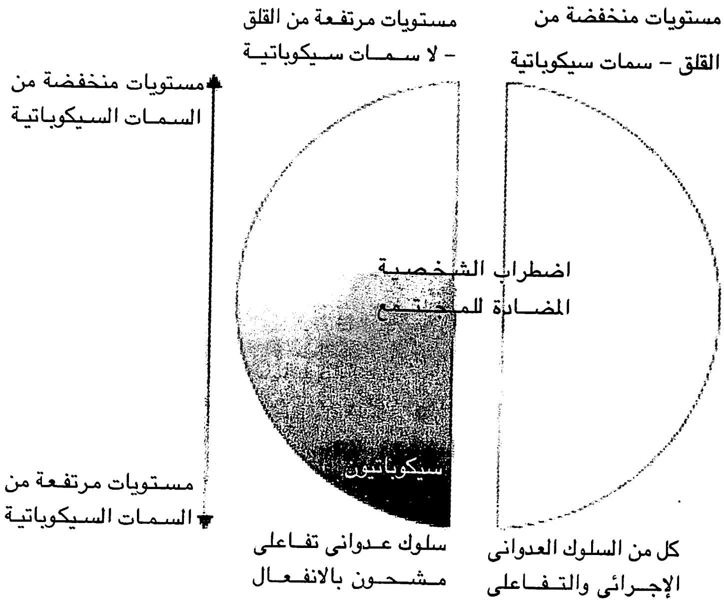
(٤) 5-HTTLPR: اختصار serotonin-transporter-linked promoter region.

يدرك الآخرين باعتبارهم تهديداً، ويتسم بالتقلب الانفعالى. يمكن أن يكون العنف تجاه الآخرين تفاعليا واندفاعيا، استجابة للشعور بالتهديد[٥].

كما اقترح آخرون (انظر على سبيل المثال، (3))، من المرجح أن آلية مختلفة تماما تكمن وراء العنف فى المشخصين بالسيكوباتية وفى غير المشخصين بها ممن يتسمون بمستويات أقل من سمات السيكوباتية. كما يوضح الشكل "٧، ١" نفترض أن المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، ولا يتزامن معه اضطرابات القلق أو الاكتئاب أو السيكوباتية، يتميزن بمستويات منخفضة من سمات الشخصية السيكوباتية، و لا يبدو عليهم قلق فى الطفولة، ويتسمون بمستويات منخفضة من سمات التحجر والتبلد. مقارنة بالمجموعة الفرعية القلقة. ينهمك هؤلاء الأفراد بشكل أكثر استمرارية فى العنف تجاه الآخرين منذ سن مبكرة إلى نهاية العمر. إضافة إلى ذلك، فى هذه المجموعة الفرعية يفك التحجر القيود المعتادة على السلوك العدوانى ويؤدى إلى جرح الآخرين بشكل متعمد (للاطلاع على مراجعة للموضوع انظر (3)). وتتفق هذه الفرضية مع نتائج دراسة لعينة مجتمعية من ٤٣٠٩٣ شخصا ومن دراسة لمسيئى استخدام العقاقير. وفى الدراستين، من بين المشاركين المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، اتسم ذوو المستويات الأقل من الندم بالسلوك العنيف منذ الطفولة إلى مرحلة البلوغ (31 و 33)[٦].

(٥) من المهم توضيح دور الوراثة والجينات المرتبطة باضطراب السلوك واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والعنف. يوجد دليل كاف على ثلاث نتائج. نتيجة، نمط من السلوك المضاد للمجتمع يبدأ فى الطفولة ويستمر طوال العمر وهو نمط وراثى (84 و 90). وهذه النتائج تعنى أن الجينات ضمن عوامل كثيرة تساهم فى تطور المتلازمة. نتيجتان تحددان، حتى الآن، شكلين جينيين (بدائل منخفضة لجين "مؤكسد الأمينات الأحادية أ" وجين ناقل السيروتونين) مرتبطين بالعنف الدائم. لا توجد نتيجة قاطعة، حيث إن أكثر من ٣٠٪ من القوقازيين الذكور يحملونها (88). ويشير كل منها إلى الزيادة فى احتمال أن حامليها فى مرحلة البلوغ يظهر عليهم نمط مستمر من السلوك العنيف (المؤلفان).

(٦) أظهرت دراسات حديثة أن ضمن السيكوباتيين المشخصين بالقائمة السيكوباتية المعدلة يظهر البعض مستويات مرتفعة من القلق مقيسة بمقاييس كارولينسكا Karolinska للشخصية (انظر (102)) ومقياس ويلش للقلق (انظر (81)). لكن كما أوضح ديرفنكو Derefinko ولنام Lynam(١٨) ، تؤدى المقاييس المختلفة للقلق إلى ارتباطات مختلفة بالسيكوباتية. ومن الضرورى فى دراسات المستقبل التمييز بين السمات الدائمة لقلق شديد بما يكفى لتشخيصات اضطرابات القلق، التى نثبت أنها تميز نصف المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، وحالة القلق التى يمكن أن تنتج، على سبيل المثال، من السجن أو استخدام العقاقير (المؤلفان).



الشكل ٧، ١ مجموعة من الأشخاص بسلوك مضاد للمجتمع بدأ مبكرا وبقى مستقرا على مدار العمر.

أوضحت الدراسات السلوكية الجينية أن اتحاد سمات التحجر والتبلد بالمشاكل السلوكية يورث بشكل كبير كما هو الحال بالنسبة للسيكوباتية فى المراهقة **(58 و106)** والسمة السيكوباتية للخبرة الوجدانية الناقصة **(58)**. لا توجد أى دراسات حددت أشكالا جينية متعددة خاصة مرتبطة بالسمات السيكوباتية. نفترض أن الجينات ترتبط بنقص الاعتراف بالخوف والحزن، الذى يميز الأطفال الذين يعانون من مشاكل السلوك وسمات التحجر والتبلد **(4)** والبالغين السيكوباتيين٧ **(5)** وأن هذا النقص يتبين أنه أصل التحجر. تبين أن الأطفال المصابين باضطراب السلوك وسمات التحجر والتبلد لا يتأثرون نسبيا بالتنشئة السيئة **(113)**، ويفشلون فى الاستجابة لمهلة التهدئة **(43)**، ويصرون، رغم وجود دليل على العكس، على أن السلوك العدوانى يؤدى إلى مكافآت **(28)**. ويمكن أن نتوقع من هؤلاء الأطفال أن يظهروا كربا أقل من الآخرين إذا حدثت إساءة جسدية لهم، لكن ربما يتعلمون من سوء المعاملة المزمنة كيف يهينون الآخرين ويبتزونهم ويؤذونهم.

تعتمد الفرضيات المفترضة على أدلة من دراسات للرجال. وكما لاحظنا، إن معدلات انتشار اضطراب السلوك واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والعنف فى الذكور أعلى بكثير من الإناث، والمعروف عن هذين الاضطرابين والأنماط السلوكية بين الذكور أكثر بكثير من المعروف عنها بين الإناث. لكن ثمة دليل واضح يوحى بأن الآليات التطورية ربما تختلف. على سبيل المثال، تقترح دراسة حديثة أن اضطراب السلوك بين الفتيات ربما يتأثر بقوة بالعوامل الجينية، بينما يتأثر بين الأولاد بقوة أكبر بالسلوك المضاد للمجتمع الذى يرتكبه الآباء (20). وتوضح دراسات أخرى أنه بينما يؤدى تعدد الأشكال الجينية لمؤكسد الأمينات الأحادية أ إلى حساسية لاضطراب السلوك وعنف مستمر فى مرحلة البلوغ بين الرجال، فإن هذا الجين يعمل بشكل مختلف فى النساء اللائى يحملن، عكس الرجال، نسختين منه.

نحتاج إلى دراسات طولية مستقبلية، تبدأ بالأطفال من سن مبكرة جدا، لتصنيف المقدمات والنتائج لتوجيه تطور البرامج الوقائية الفعالة التى تستهدف العمليات السببية بشكل مناسب. وإذا وضعنا فى الاعتبار الاختلافات بين الجنسين فى الآليات السببية التى سجلت حديثا، فإن هذه الدراسات تحتاج إلى فحص الأولاد والبنات منفصلين. إضافة إلى ذلك، تحتاج هذه البحوث إلى التركيز على الأنواع الفرعية التى نفترض أنها تطور أنماط السلوك العدوانى بآليات مختلفة. إن الفشل فى تمييز الأنواع الفرعية للمصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع يعوق تطور الأبحاث التى تسعى إلى المزيد من فهم أسباب السلوك المضاد للمجتمع بشكل مستمر (48). على سبيل المثال، توضح المشكلةَ دراسةٌ حديثة باستخدام أشعة الرنين المغناطيسى الوظيفى، تقارن بين الأولاد المصابين باضطراب السلوك وغير المصابين. وعلى عكس الفرضية، لم يتبين أى اختلاف فى نشاط اللوزة بين المجموعتين عند رؤية الصور المكافأة سلبيا. لكن غياب الاختلاف كان نتيجة لمعدلات مرتفعة للقلق بين بعض الأولاد المصابين باضطراب السلوك. وأوضحت التحليلات بعد ذلك أن معدلات القلق، كما هو متوقع، مرتبطة بنشاط اللوزة، ومعدلات السلوك العدوانى مرتبطة بعدم نشاط اللوزة (103). يوحى الدليل المتوفر بوضوح أن وصفا أكثر دقة للمجموعات الفرعية التى تضم المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فى حاجة إلى الكشف عن السبب.

حددت دراسة حديثة منظمة دراستين فقط لعلاج المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (21). بينما يحتمل أن تنطبق معايير اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع على معظم الرجال المشاركين فى برامج تأهيل الجناة فى المحاكم، فلم يتم تشخيصهم (72). واعتماداً على فرضيتنا عن الأنواع الفرعية، نفترض أن علاجات مختلفة مطلوبة منذ الطفولة وما بعدها لتقليل العنف بين أنواع فرعية محددة من الأفراد، ظهر عليهم جميعا فى وقت مبكر نمط ثابت من السلوك المضاد للمجتمع. إن الأطفال والبالغين الذين تظهر عليهم اضطرابات القلق متزامنة مع سلوك مضاد للمجتمع باستمرار مصابون بالكرب غالبًا، وربما يتقبلون التدخل النفسى أكثر من غيرهم من المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع. يتطلب هؤلاء الأفراد وسائل تدخُّل مصمَّمة لتقليل نشاطهم المفرط تجاه التنبيهات البيئية وشعورهم الدائم بالتهديد، وتغيير إدراكهم بأن العالم مكان مرعب. وقد تتضمن هذه الوسائل مساعدة هؤلاء الأفراد على تغيير بيئاتهم- إبعاد الأطفال عن الأسر المسيئة، ومساعدة البالغين على الانتقال إلى الأحياء التى تنخفض فيها معدلات الجريمة وإساءة استخدام المواد المحظورة والرفاق المضادين للمجتمع- وإعادة التأهيل المعرفى أيضًا (77) وتعلم المهارات الاجتماعية. فى المقابل، ربما تحتاج وسائل التدخل مع من يحملون سمات سيكوباتية فى البداية التركيز على إقناعهم بأن من مصلحتهم أن يتغيروا وأن يصبحوا أقل تحجرا. وقد تكون زيادة الحساسية لكرب الآخرين ضرورية.

إذا وضعنا فى الاعتبار الدليل القوى على ظهور اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فى الطفولة، فينبغى إعطاء الأولوية للوقاية. وتبيَّنَ أن برامج تدريب الآباء تؤدى إلى تغير فى سلوك الأطفال (99). ويجب إعطاء الأولوية لتعديل هذه البرامج لتستهدف أنواعًا فرعية محددة من الأطفال الذين يعانون من مشاكل السلوك (29). إضافة إلى ذلك، إن الدراسات المستقبلية، التى تحدد متى وبأى قدر نحتاج إلى وسائل أخرى للتدخل لمنع تطور اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والعنف فى مرحلة البلوغ، حاسمة.

المراجع

1. American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn, text revision, APA, Washington DC.

2. Angold, A., Costello, E.J. and Erkanli, A. (1999) Comorbidity. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 40 (1), 57-87.

3. Blair, J., Mitchell, D. and Blair, K. (2005) The Psychopath: Emotion and Brain, Blackwell Publishing, Malden, MA.

4. Blair, R., Colledge, E., Murray, L. and Mitchell, D. (2001) A selective impairment in the processing of sad and fearful expressions in children with psychopathic tendencies. Journal of Abnormal Child Psychology, 29 (6), 491-8.

5. Blair, R., Mitchell, D., Peschardt, K. et al. (2004) Reduced sensitivity to others' fearful expressions in psychopathic individuals. Personality and Individual Differences, 37 (6), 1111-22.

6. Black, D.W., Baumgard, C.H., Bell, S.E. and Kao, C. (1996) Death rates in 71 men with antisocial personality disorder. A comparison with general population mortality. Psychosomatics, 37 (2), 131-6.

7. Caspi, A. McClay, J., Moffitt, T.E. et al. (2002) Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children, Science, 297, 851-4.

8. Coid, J. (1998) The management of dangerous psychopaths in prison, in Psychopathy: Antisocial, Criminal and Violent Behavior (eds T. Millon, E. Simonsen, M. Birket-Smith and R.D. Davis), Guilford, New York, pp. 431-57.

9. Coid, J.W. (2003) Formulating strategies for the primary prevention of adult antisocial behaviour: "High risk" or "population" strategies? In Early Prevention of Adult Antisocial Behaviour (eds D.P. Farrington and J.W. Coid), Cambridge University Press, Cambridge, pp. 32-87.

10. Coid, J., Yang, M., Roberts, A. et al. (2006a) Violence and psychiatric morbidity in a national household population: a report from the British Household Survey. American Journal of Epidemiology, 164, 1199-1208.

11. Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., et al. (2006b) Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain, British Journal of Psychiatry, 188, 423-31.

12. Compton, W.M., Conway, K.P., Stinson, F.S. et al. (2005) Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV antisocial personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Journal of Clinical Psychiatry, 66 (6), 677-85.

13. Cooke, D.J., Michie, C., Hart, S.D. and Clark, D. (2005) Searching for the pancultural core of the psychopathic personality disorder. Personality and Individual Differences, 39, 283-95.

14. Cote, G. and Hodgins, S. (1992) The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. International Journal of Law and Psychiatry, 15 (1), 89-99.

15. Cottler, L.B., Price, R.K., Compton, W.M. and Mager, D.E. (1995) Subtypes of adult antisocial behavior among drug abusers. Journal of Nervous and Mental Disease, 183 (3), 154-61.

16. Dadds, M.R., Perry, Y., Hawes, D.J. et al. (2006) Attention to the eyes reverses fear-recognition deficits in child psychopathy. British Journal of Psychiatry, 189 (3), 280-1.

17. De Brito, A.S., Hodgins, S., Cooke, D.J. et al. (under review) Life-long patterns of aggressive behavior among offenders: id instrumental aggression unique to psychopathy?

18. Derefinko, K.J. and Lynam, R.D. (2007) The Misconception of Psychopathic Low Anxiety: Meta-analytic Evidence for the Absence of Inhibition, not Affect. Poster session presented at the biennial meeting of the Society for the Scientific Study of Psychopathy, Tampa, Florida.

19. Disney, E.R., Elkins, I.J., McGue, M. and Iacono, W.G. (1999) Effect of ADHD, conduct disorder, and gender on substance use and abuse in adolescence. American Journal of Psychiatry, 156 (10), 1515-21.

20. D'Onofrio, B.M., Slutske, W.S., Turkheimer, E. et al. (2007) Intergenerational transmission of childhood conduct problems: a children of twins study. Archives of General Psychiatry, 64 (7), 820-9.

21. Duggan, C., Adams, C., Ferriter, M. et al. (2007) The use of psychological treatments for people with personality disorder: a systematic review of randomized controlled trials. Personality and Mental Health, 1, 95-125.

22. Eisenberger, N.I., Way, B.M., Taylor, S.E. et al. (2007) Understanding genetic risk for aggression: clues from the brain's response to social exclusion. Biological Psychiatry, 61 (9), 1100-8.

23. Farrington, D.P. and West, D. (1993) Criminal, penal and life histories of chronic offenders: risk and protective factors and early identifications. Criminal Behaviour and Mental Health, 3, 492-523.

24. fazel, S. and Danesh, J. (2002) Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. Lancet, 359 (9306), 545-50.

25. First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M. and Williams, J.B.W. (1997) Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Biometrics Research Department, New York.

26. Fitzgerald, K.L. and Demakis, G.J. (2007) The neuropsychology of antisocial personality disorder. Disease-a-Month, 53 (3), 177-83.

27. Frankle, W.G., Lombardo, I., New, A.S. et al. (2005) Brain serotonin transporter distribution in subjects with impulsive aggressivity: a positron emission study with [11C]McN5652. American Journal of Psychiatry, 162 (5), 915-23.

28. Frick, P.J. and Marsee, M.A. (2006) Psychopathy and developmental pathways to antisocial behavior in youth, in Handbook of Psychopathy, Guilford, New York, pp. 353-74.

29. Frick, P.J. and Morris, A.S. (2004) Temperament and developmental pathways to conduct problems. Journal of Clinical Child Adolescent Psychology, 33 (1), 54-68.

30. Gilliom, M. and Shaw, D.S. (2004) Codevelopment of externalizing and internalizing problems in early childhood. Development and Psychopathology, 16 (2), 313-33.

31. Goldstein, R.B., Grant, B.F., Huang, B. et al. (2006a) Lack of remorse in antisocial personality disorder: sociodemographic correlates, symptomatic presentations, and comorbidity with Axis I and Axis II disorders in National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Comprehensive Psychiatry, 47 (4), 289-97.

32. Goldstein, R.B., Grant, B.F., Ruan, W. et al. (2006b) antisocial personality disorder with childhood- vs. adolescent-onset conduct disorder: results from National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Journal of Nervous and Mental Disease, 194 (9), 667-75.

33. Goldstein, R.B., Powers, S.I., McCusker, J. et al. (1996) Lack of remorse in antisocial personality disorder among drug abusers in residential treatment. Journal of personality Disorders, 10 (4), 321-34.

34. Goodwin, R.D. and Hamilton, S.P. (2003) Lifetime comorbidity of antisocial personality disorder and anxiety disorders among adults in the community. Psychiatry Research, 117 (2), 159-66.

35. Grant, B.F., Hasin, D.S., Stinson, F.S. et al. (2004) Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Journal of Clinical Psychiatry, 65 (7), 948-58.

36. Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A. et al. (2005) Co-occurrence of DSM-IV personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Comprehensive Psychiatry, 46 (1), 1-5.

37. Green, H., McGinnity, A., Meltzer, H. et al. (2004) Mental Health of Children and Young People in Great Britain 2004, Office for National Statistics.

38. Grekin, E.R., Brennan, P.A., Hodgins, S. and Mednick, S.A. (2001) Male criminals with organic brain syndrome: two distinct types based on age at first arrest. American Journal of Psychiatry, 158 (7). 1099-104.

39. Hare, R.D. (1996) Psychopathy and antisocial personality disorder: a case of diagnostic confusion. Psychiatric Times, 13, 39-40.

40. Hare, R.D. (2003) Manual for Revised Psychopathology Checklist, 2nd edn, Multi-Health Systems, Toronto, ON, Canada.

41. Hare, R.D. and Neumann, C.S. (2006) The PCL-R assessment of psychopathy. Handbook of Psychopathy (ed. C.J. Patrick), Guilford, New York, pp. 58-88.

42. Hare, R.D. and McPherson, L.M. (1984) Violent and aggressive behavior by criminal psychopaths. International Journal of Law and Psychiatry, 7 (1), 35-40.

43. Hawes, D.J. and Dadds, M.R. (2005) The treatment of conduct problems in children with callous-unemotional traits. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73 (4), 737-41.

44. Hodgins, S. (2007) Persistent violent offending: what do we know? British Journal of Psychiatry, Supplement, 49, s12-4.

45. Hodgins, S. and Cote, G. (1993) The criminality of mentally disordered offenders. Criminal Justice and Behavior, 20 (2), 115-29.

46. Hodgins, S., Kratzer, L. and McNeil, T.F. (2001) Obstetric complications, parenting, and risk of criminal behavior. Archives of General Psychiatry, 58 (8), 746-52.

47. Hodgins, S., Mednick, S.A., Brennan, P.A. et al. (1996) Mental disorder and crime: evidence from a Danish birth cohort. Archives of General Psychiatry, 53 (6), 489-96.

48. Hodgins, S., Tengstrom, A., Eriksson, A. et al. (2007) A mulisite study of community treatment programs for mentally ill offenders with major mental disorders: design, measures, and the forensic sample. Criminal Justice and Behavior, 34 (2), 211-28.

49. Jaffee, S.R., Caspi, A., Moffitt, T.E. and Taylor, A. (2004) Physical maltreatment victim to antisocial child: evidence of an environmentally mediated process. Journal of Abnormal Psychology, 113 (1), 44-55.

50. Kerr, M., Tremblay, R.E., Pagani, L. and Vitaro, F. (1997) Boys' behavioral inhibition and the risk of later delinquency. Archives of General Psychiatry, 54 (9), 809-16.

51. Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonale, K.A. et al. (1996) The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and self utilization. American Journal of Orthopsychiatry, 66 (1), 17-31.

52. Kim-Cohen, J., Caspi, A., Taylor, A. et al. (2006) MAOA, maltreatment, and gene-environment interaction predicting children's mental health: new evidence and meta-analysis. Molecular Psychiatry, 11 (10), 903-13.

53. Kosson D.S., Lorenz, A.R. and Newman, J.P. (2006) Effects of comorbid psychopathy on criminal offending and emotion processing in male offenders with antisocial personality disorder. Journal of Abnormal Psychology, 115, 798-806.

54. Kratzer, L. and Hodgins, S. (1999) A Typology of offenders: a test of Moffitt's theory among males and females from childhood to age 30. Criminal Behaviour and Mental Health, 9 (1), 57-73.

55. Krueger, R.F., Hicks, B.M., Patrick, C.J. et al. (2002) Etiologic connections among substance dependence, antisocial behavior, and personality: modeling the externalizing spectrum. Journal of Abnormal Psychology, 111 (3), 411-24.

56. Kuntiz, S.J., Gabriel, K.R., Levy, J.E. et al. (1999) Risk factors for conduct disorder among Navajo Indian men and women. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34 (4), 180-89.

57. Lahey, B.B., Loeber, R., Burke, J.D. and Applegate, B. (2005) Predicting future antisocial personality disorder in males for a clinical assessment in childhood. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73 (3), 389-99.

58. Larsson, H., Andershed, H. and Lichtenstein, P. (2006) A genetic factor explains most of the variation in the psychopathic personality. Journal of Abnormal Psychology, 115 (2), 221-30.

59. Lesch, K.P. and Merschdorf, U. (2000) Impulsivity, aggression, and serotonin: a molecular psychobiological perspective. Behavioral Science and the Law, 18 (5), 581-604.

60. Lenzenweger, M.F., Lane, M.C., Loranger, A.W. and Kessler, R.C. (2007) DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biological Psychiatry, 62 (6), 553-64.

61. Loeber, R., Green, S.M. and Lahey, B.B. (2003) Risk factors for antisocial personality, in Early Prevention in Adult Antisocial Behaviour (eds J. Coid and D.P. Farrington), Cambridge University Press, Cambridge, pp. 79-108.

62. Loeber, R. and Keenan, K. (1994) Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: effects of age and gender. Clinical Psychology Review, 14 (6), 497-523.

63. Loeber, R. and Stouthamer-Loeber, M. (1987) Prediction, in Handbook of Juvenile Delinquency (ed. H.C. Quay), John Wiley & Sons, Ltd, New York.

64. Lösel, F. and Bender, D. (2003) Protective factors and resilience, in Early Prevention of Adult Antisocial Behaviour (eds. D.P. Farrington and J.W. Coid), Cambridge University Press, Cambridge, pp. 130-204.

65. Lykken, D.T. (1995) The Antisocial Personalities, Erlbaum, Hillsdale, NJ.

66. Lynam, D.R. (1996) Early identifications of chronic offenders: who is the fledgling psychopath? Psychological Bulletin, 120 (2), 209-34.

67. Marmorstein, N.R. (2007) Relationships between anxiety and externalizing disorders in youth: the influences of age and gender. Journal of Anxiety Disorders, 21 (3), 420-32.

68. Maughan, B., Pickles, A., Rowe, R. et al. (2000) Developmental trajectories of aggressive and non-aggressive conduct problems. Journal of Quantitative Criminology, 16, 199-221.

69. Maughan, B., Rowe, R., Messer, J. et al. (2004a) Conduct disorder and oppositional defiant disorder in national sample: developmental epidemiology. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45 (3), 609-21.

70. Maughan, B., Taylor, A., Caspi, A. and Moffitt, T.E. (2004b) Prenatal smoking and early childhood conduct disorder: testing genetic and environmental explanations of the association. Archives of General Psychiatry, 61 (8), 836-43.

71. McCabe, K.M., Rodgers, C., Yeh, M. and Hough, R. (2004) Gender differences in childhood onset conduct disorder. Development and Psychopathology, 16 (1), 179-92.

72. McGuire, J. (1995) What Works: Reducing Re-offending: Guidelines from Research and Practice, John Wiley & Sons, Ltd, Chichester.

73. Meyer-Lindenberg, A, Buckhltz, J.W., Kolachana, B. et al. (2006) Neural mechanisms of genetic risk for impulsivity and violence in humans. Proceeding of National Academy of Sciences of the United States of America, 103 (16), 6269-74.

74. Moffitt, T.E., Caspi, A., Dickson, N. et al. (1996) Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial conduct problems in males: natural history from ages 3 to 18 years. Development and Psychopathology, 8, 399-424.

75. Moffitt, T.E., Caspi, A., Rutter, M. and Silva, P.A. (2001) Sex Offenders in Antisocial Behaviour: Conduct Disorder, Delinquency, and Violence in the Dunedin Longitudinal Study, Cambridge University Press, New York.

76. Moran, P. (1999) Antisocial Personality Disorder: An Epidemiological Perspective, Gaskell, London.

77. Mortberg, E., Clark, D.M., Sundin, O. and Wistedt, A. (2007) Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled trial. Acta Psychiatrica Scandanavica, 115, 142-54.

78. Myers, M.G., Stewart, D.G. and Brown, S.A. (1998) Progression from conduct disorder to antisocial personality disorder following treatment for adolescent substance abuse. American Journal of Psychiatry, 155 (4), 479-85.

79. Nathan, R., Rollinson, L., Harvey, K. and Hill, J. (2003) The Liverpool Violence Assessment: an investigator-based measure of serious violence. Criminal Behaviour and Mental Health, 13 (2), 106-20.

80. Neugebaurer, R., Hoek, H.W. and Susser, E. (1999) Prenatal exposure to wartime famine and development of antisocial personality disorder in early childhood. JAMA, 282 (5), 455-62.

81. Newman, J.P. and Schmitt, W.A. (1998) passive avoidance in psychopathic offenders: a replication and extension. Journal of Abnormal Psychology, 107 (3), 527-32.

82. Nock, M.K., Kazdin, A.E., Hiripi, E. and Kessler, R.C. (2006) Prevalence, subtypes, and correlates of SDM-IV conduct disorder in National Comorbidity Survey Replication. Psychological Medicine, 36 (5), 699-710.

83. Oritz, J. and Raine, A. (2004) Heart rate level and antisocial behavior in children and adolescents: a meta-analysis. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43 (2), 154-62.

84. Patrick, C.J. (2006) Handbook of Psychopathy, Guilford Press, New York.

85. Pfeffer, C.R. and Plutchik, R. (1989) Co-occurrence of psychiatric disorders in child psychiatric patients and nonpatients: circumplex model. Comprehensive Psychiatry, 30 (4), 275-82.

86. Pfohl, B., Blum, N., Zimmerman, M. and Stangel, D. (1989) Structured Interview for DSM-III-R Personality (SIDP-R), University of Iowa.

87. Raine, A., Moffitt, T.E., Caspi, A. et al. (2005) Neurocognitive impairments in boys on the life-course persistent antisocial path. Journal of Abnormal Psychology, 114 (1), 38-49.

88. Reif, A., Rosler, M., Freitag, C.M. et al. (2007) Nature and nurture predispose to violent behavior: serotonergic genes and adverse childhood environment. Neuropsychopharmacology, 32 (11), 2375-83.

89. Repo-Tiihonen, E., Virkkunen, M. and Tiihonen, J. (2001) Mortality of antisocial male criminals. Journal of Forensic Psychiatry, 12, 677-83.

90. Rhee, S.H. and Waldman, I.D. (2002) Genetic and environmental influences on antisocial behavior: a meta-analysis of twin and adoption studies. Psychological Bulletin, 128 (3), 490-529.

91. Robins, L.N. (1966) Deviant Children Grown Up: A Sociological and Psychiatric Study of Sociopathic Personality, Williams & Wilkins, Baltimore, MD.

92. Robins, L.N. (1978) Sturdy childhood predictors of substance abuse, replication from longitudinal studies. Psychological Medicine, 8 (4), 611-22.

93. Robins, L.N. and McEvoy, L. (1990) Conduct problems as predictors of substance abuse, in Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood (eds L.N. Robins and M. Rutter), Cambridge University Press, Cambridge, pp. 182-204.

94. Robins, L.N., Tipp, J. and Przybeck, T. (1991) Antisocial personality, in Psychiatric Disorders in America: The Epidemiological Catchment Area Study (eds L.N. Robins and D.A. Regier), The Free Press, New York, pp. 258-90.

95. Russo, M.F. and Beidel, D.C. (1994) Comorbidity of childhood anxiety and externalizing disorders: prevalence, associated characteristics, and validation issues. Clinical Psychology Review, 14 (3), 199-221.

96. Samuels, J., Bienvenu, O.J., Cullen, B. et al. (2004) Personality dimensions and criminal arrest. Comprehensive Psychiatry, 45, 275-80.

97. Samuels, J., Eaton, W.W., Bienvenu, O.J., III et al. (2002) Personality and correlates of personality disorders in a community sample. British Journal of Psychiatry, 180 (6), 536-42.

98. Sareen, J., Stein, M.B., Cox, B.J. and Hassard, S.T. (2004) Understanding comorbidity of anxiety disorders with antisocial behaviour: findings from two large community surveys. The Journal of Nervous and Mental Disease, 192, 178-86.

99. Scott, S. (2005) Do parenting programmes for severe child antisocial behaviour work over the long term, and for whom? One year follow-up of a multi-centre controlled trial. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 33, 1-19.

100. Simonoff, E., Elander, J., Holmshaw, J. et al. (2004) Predictors of antisocial personality. Communities from childhood to adult life. British Journal of Psychiatry, 184, 118-27.

101. Singleton, N., Meltzer, H., Gatward, R. et al. (1998) Psychiatric Morbidity among Prisoners in England and Wales, HMSO, London.

102. Skeem, J., Johansson, P., Andershed, H. et al. (2007) Two subtypes of psychopathic violent offenders that parallel primary and secondary variants. Journal of Abnormal Psychology, 116, 395-409.

103. Sterzer, P., Stadler, C., Krebs, A. et al. (2005) Abnormal neural response to emotional visual stimuli in adolescents with conduct disorder. Biological Psychiatry, 57 (1), 7-15.

104. Swanson, M.C., Bland, R.C. and Newman, S.C. (1994) Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Antisocial personality disorders. Acta Psychiatrica Scandanavica. Supplementum, 376, 63-70.

105. Torgensen, S., Kringlen, E. and Cramer, V. (2001) The prevalence of personality disorders in a community sample. Archive of General Psychiatry, 58, 590-6.

106. Viding, E., Frick, P.J. and Plomin, R. (2007) Aetiology of the relationship between callous-unemotional traits and conduct problems in childhood. British Journal of Psychiatry, supplement, 49, s33-8.

107. Virkkunen, M., Goldman, D., Nielsen, D.A. and Linnoila, M. (1995) Low brain serotonin turnover rate (low CSF 5-HIAA) and impulsive violence. Journal of Psychiatry and Neuroscience, 20 (4), 271-5.

108. Walker, J.L., Lahey, B.B., Russo, M.F. et al. (1991) Anxiety, inhibition, and conduct disorder in children: I. Relations to social impairment. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30 (2), 187-91.

109. Waschbusch, D.A. (2002) a meta-analytic examination of comorbid hyperactive-impulsive-attention problems and conduct problems. Psychological Bulletin, 128 (1), 118-50.

110. Washburn, J.J., Romero, E.G., Welty, L.J. et al. (2007) Development of antisocial personality disorder in detained youths: the predictive value of mental disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75 (2), 221-31.

111. Widiger, T.A. and Trull, T.J. (1994) Personality disorders and violence, in Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment (eds J. Monahan and H.J. Steadman), University of Chicago Press, Chicago, pp. 203-26.

112. Wolff, J.C. and Ollendick, T.H. (2006) The comtbidity of conduct problems and depression in childhood and adolescence. Clinical Child and Family Psychology Review, 9 (3-4), 201-20.

113. Wooton, J.M., Frick, P.J., Shelton, K.K. and Silverthorn, P. (1997) Ineffective parenting and childhood conduct problems: the moderating role of callous-unemotional traits. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65 (2), 301-8.

114. World Health Organisation (1992) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, WHO, Geneva.

115. Young, S.J., Gudjonsson, G.H., Ball, S. and Lam, J. (2003) Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in personality disordered offenders and association with disruptive behavioural problems. Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 14 (3), 491-505.

الجـزء الثـانـى

الـوجـدان

الفصل الثامن

البيولوجيا العصبية للانفلات الوجدانى: نتائج لفهم "اضطراب الشخصية الخطيرة والحادة"

ريك هوارد
جامعة نوتنجهام، المملكة المتحدة

المقدمة

الهدف من هذا الفصل استكشاف الروابط بين اضطراب الشخصية، والتنظيم الذاتى للانفعال، والعنف. من منظور نظرية النظم العامة (58)[١]، يمكن التعبير عن الشخصية والاضطرابات فى ثلاثة مستويات مختلفة (على الأقل): شخصى -interper

(١) نظرية النظم العامة general systems theory: نظرية عابرة للفروع المعرفية، وضعها عالم الأحياء لودفيج فون برتالنفى Bertalanffy سنة ١٩٢٨، والهدف الأساسى لهذه النظرية دراسة المبادئ العامة لأداء النظام لتطبيقها على كل أنواع النظم فى كل مجالات البحث. وخضعت النظرية لعدة تطورات بعد ذلك.

sonal، وذاتى personal، وذهنى intrapersonal[٢]. تتجلى اضطرابات الشخصية عموماً، فى المستوى الشخصى، فى سلوكيات صعبة وكريهة ومزعجة للآخرين. وهذه الأساليب المميزة للسلوك الشخصى يمكن وصفها بمصطلحات الفضاء الشخصى ذى البعدين، مثل أبعاد الدفء والعدوان، والهيمنة والخضوع، المقيسة بجدول التفاعلات الشخصية فى بيئات معيشية مغلقة Chart of Interpersonal Reactions in Closed Living Environments (CIRCLE) (11). على المستوى الذاتى، يمكن التعبير عن اضطرابات الشخصية بطرق مميزة فى التفكير والشعور والتصرف فيما يتعلق بالعالم وتكون الذات غير متكيفة بمعنى ما، فاشلة أو، بالمعايير الاجتماعية المنتشرة، بغيضة. وهذا يناظر التعريفات المعيارية فى الطب النفسى لاضطرابات الشخصية فيما يتعلق "بالسمات غير المرنة غير المتكيفة" (الدليل الأمريكى) أو "شذوذ الشخصية أو انحرافها بشكل محدد إلى حد ما" (التصنيف الدولى للأمراض). وعلى المستوى الذهنى، يمكن وصف اضطرابات الشخصية من منظور الفينومنولوجيا البنيوية structural phenomenology، المقاربة العامة التى تبنتها نظرية الارتدادى،[٣] وتتضمن تعريف بنى الخبرة (2) أو على مستوى الدماغ، بمعالجة شاذة للمعلومات فى مسارات معالجة عصبية محددة: معرفية وحركية ووجدانية (28).

يركز هذا الفصل على الضبط الذاتى للوجدان. يعتقد أن "السمة الرئيسية لاضطرابات الشخصية هى الفشل فى تنظيم الوجدان" (50، ص ٢٧٩)، ويمكن القول إن العنف يمثل التجلى الشخصى المتطرف للوجدان المنفلت. ونطرح هنا بعض الأسئلة

---

(٢) حين تتجاور مثل هذه المصطلحات يكون الاجتهاد ضروريا. شخصى interpersonal: ما يتعلق بالعلاقات الشخصية مع الآخرين، وذاتى personal: ما يتعلق بذات الشخص، وذهنى intrapersonal: ما يدور فى ذهن الشخص أو أعماقه.

(٣) نظرية الارتدادى reversal theory: نظرية الشخصية والدافع والانفعال فى علم النفس. تركز على الخصائص الديناميكية للخبرة البشرية لوصف كيف تتردد بانتظام بين الحالات النفسية، عاكسة أسلوبها التحفيزى والمعنى الذى يرتبط به فى لحظة زمنية محددة.

الحاسمة. أولا، ما العلاقة بين اضطرابات الشخصية والعنف؟ ثانيا، ما العلاقة بين انفلات الوجدان واضطرابات الشخصية؟ أخيرا، والأكثر أهمية، كيف ترتبط اضطرابات الشخصية بكل من انفلات الوجدان والعنف- أى ما الآليات التى تتوسط أى علاقة قد توجد بين اضطرابات الشخصية من ناحية، وانفلات الوجدان والعنف من الناحية الأخرى؟

الأطروحة الأساسية فى هذا الفصل أنه يجب فهم الارتباط بين اضطراب الشخصية وضبط الوجدان والعنف فى السياق التطورى، وخاصة فى سياق تاريخ إساءة استخدام الكحول (أو مواد أخرى) أثناء المراهقة، الفترة التى يبدأ فيها معظم الشباب استخدام الكحول والتمادى فيه. تقترح الأدلة التى تتم مراجعتها فيما يلى أن الدوائر العصبية التى تشمل القشرة المحجرية أو الجزء الجانبى من مقدمة الفص الجبهى مسئولة عن الاندفاع الوجدانى أو انفلات الوجدان (يستخدم هذان المصطلحان هنا بالتبادل). يقال إن انفلات الوجدان، وهو مشترك فى عدد من اضطرابات الشخصية، وخاصة المضادة للمجتمع والحدية، يعكس خللا فى هذه الدوائر. وبينما قد يوجد هذا الخلل، إلى حد ما، فى الأطفال قبل المراهقة وقبل التعرض للكحول والعقاقير الأخرى فى سنوات المراهقة، فقد تبين أن التعرض لكميات كبيرة من الكحول والمواد الأخرى فى المراهقة، لفترة طويلة بشكل كافٍ، يؤدى إلى خلل يتزايد تدريجيا فى الدوائر العصبية المسئولة عن الاندفاع الوجدانى، ومن ثم إلى خلل فى التنظيم الذاتى للانفعال فى مرحلة البلوغ (للاطلاع على تفسير تفصيلى، انظر (29)). ويتسق هذا مع اقتراح حديث قدمه سيسك Sisk وزِهْر Zehr (53) بوجود، إضافة إلى فترة الولادة فى إعادة تنظيم الدماغ تحت تأثير هرمونات الجنس من الخصية أو المبيض، فترة تحسين للدوائر العصبية تعتمد على الإستروويد steroid فى فترة المراهقة. ويقال إن هذا يؤدى إلى تأثيرات طويلة المدى نسبيا على سلوك البالغين، بما فى ذلك تأثيرات خطر إدمان الكحول (ويمكن إضافة خطر السلوك المضاد للمجتمع، وخاصة السلوك المتسم بالعنف). وتوحى نتائج دراسات عن الحيوانات عن تأثيرات الكحول على نمو الدماغ

بأن المراهقة فترة قابلية مرتفعة للتأثيرات الضارة للكحول: إن دماغ المراهق أكثر قابلية للتدمير الواضح واختلال العمليات الخلوية والفسيولوجية والكيميائية العصبية والسلوكية نتيجة التعرض الحاد والمزمن للكحول (19 و52 و54 و60).

ما العلاقة بين اضطراب الشخصية وجرائم العنف؟

توحي الأدلة الوبائية بعلاقة بين بعض أنواع اضطرابات الشخصية والمخالفات عمومًا، والمخالفات العنيفة خاصة. على سبيل المثال، فى عموم السكان، وُجِد أن المجموعة "ب" من اضطرابات الشخصية (مجموعة "درامية، وانفعالية، وشاذة") ترتبط بالإجرام والمخالفات (17). وفى عينات الطب الشرعى، التى تُمثَّل فيها اضطرابات الشخصية التى تقع ضمن المجموعة "ب" بصورة غير متناسبة، ارتبط اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع واضطراب الشخصية الحدية بشكل دال بصدور أحكام جنائية سابقة، وفى حالة اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع خاصةً بأحكام متعلقة بالعنف (16). ورغم التزامن المرتفع جدا لاضطرابات الشخصية داخل المجموعة وخارجها، يرتبط تاريخ الطب الشرعى باتحاد أشكال معينة من اضطراب الشخصية لم توصف بصورة منظمة. لكن كويد Coid (15) لاحظ أن نسبة من عينته التى تنتمى للطب الشرعى من المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والشخصية الحدية "فى اتحاد مدمر" (ص ٨٩)، وقال مولن Mullen (42، ص ٢٣٨) إنه يمثل "تجمعا خاصا جدا لشذوذ الحالة الذهنية مع مجال واسع من السلوكيات المضطربة"، شذوذ يقال إنه تطورى فى الأصل. وبالتأكيد على أهمية أنماط السمات المتنوعة المختلطة، وليس فئة واحدة من اضطرابات الشخصية، عرَّف بلاكبرن Blackburn وكويد (9) مجموعة "عدوانية سلبية حدية مضادة للمجتمع" ضمن عينة الطب الشرعى. وفى وقت أحدث، احتُجِز أكثر من ثلثى المرضى فى شروط أمنية مرتفعة ممن انطبقت عليهم معايير "اضطراب الشخصية الخطيرة والحادة" (DSPD)، أى ممن لديهم تاريخ لارتكاب جرائم عنف واضطراب حاد جدا فى الشخصية، وتبين أن معايير كل من

اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والشخصية الحدية تنطبق عليهم. ووجد أن هذا الاتحاد يحدث أقل بكثير (حوالى ٣٠٪) فى مرضى الطب الشرعى مما يحدث فى المصابين باضطراب الشخصية المحجوزين فى شروط أمنية متوسطة، وأقل بكثير (أقل من ١٠٪) فى مرضى اضطراب الشخصية ممن يسعون للعلاج ويعيشون فى المجتمع (31). ومقارنة ببقية العينة المجتمعية، صدرت بحق المصابين باتحاد اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع + الحدية، أحكامٌ أكثر بشكل دال تتعلق بالعنف، وكان لديهم تاريخ أطول بشكل دال لمشاكل العقاقير والكحول. وظهرت عليهم أيضاً مستويات أعلى من الغضب والاندفاع، مشيرة إلى أنهم كانوا اندفاعيين بشكل وجدانى، وهى مسألة نتناولها فيما بعد. ومن المهم أن وجود السمات الوسواسية القهرية يرتبط عكسيا مع مقاييس الإجرام فى هذه العينة المجتمعية، مما يوحى بعلاقة معقدة بين اضطراب الشخصية والإجرام.

وإذا كان ينبغى دعم الأطروحة الأساسية المفترضة هنا والمتعلقة بالارتباط بين التناول المبكر للكحول واضطراب الشخصية والعنف فإن اتحاد اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع + الحدية ينبغى أن يرتبط بشكل خاص بتاريخ لبداية مبكرة فى إساءة استخدام الكحول والمواد المخدرة. وترتبط نتائج دراسة قام بها باكين Bakken ولندهايم Landheim وفجلم Vaglum (3) ارتباطًا وثيقا بالموضوع. قسم هؤلاء المؤلفون عينة كبيرة من مسيئى استخدام المواد المخدرة إلى مجموعة بدأت مبكرة (قبل سن ٢٤) ومجموعة بدأت متأخرة (بعد سن ٢٤)، وقارنوا معدل انتشار اضطرابات الشخصية، معرفة طبقا للاختبار الثانى الإكلينيكى متعدد المحاور لميلون (40) MCMI-II، بين المجموعتين. ووجدوا اضطرابات الشخصية الاجتنابية والمضادة للمجتمع والعدوانية السلبية والحدية بمعدل أكبر بشكل دال فى المجموعة التى بدأت مبكراً. وفى المقابل وجد اضطراب الشخصية الاعتمادية واضطراب الشخصية القهرية بمعدل أعلى فى المجموعة التى بدأت متأخرة. ولم يسجل باكين وآخرون بيانات بالنسبة لمن اتحدت فيهم اضطرابات الشخصية. لكن باكين وجد، فى اتصال شخصى (٢٣ فبراير ٢٠٠٧)، أن ٢٩ من ١١٤ من المرضى المعتمدين على عقاقير متعددة مصابون باتحاد

اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع + الحدية، وكان من التسعة والعشرين أربعة وعشرون من المجموعة التى بدأت مبكرا. و تدعم هذه النتائج فكرة ارتباط المصابين باضطرابات الشخصية بالعنف بشكل خاص، وارتباط اتحاد اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع + الحدية بشكل خاص، أيضًا بالبداية المبكرة لإساءة استخدام المواد المخدرة.

الاندفاع الوجداني واضطرابات الشخصية:

يمكن تعريف الاندفاع الوجدانى بأنه **استجابة لمثير أو حدث على أساس رد الفعل الانفعالى المباشر من قبيل الرغبة أو الغضب، بقدر ضئيل من مراجعة النتائج طويلة المدى أو بدون مراجعتها على الإطلاق** (63). وقد أُهمِل البعد الوجدانى للاندفاع إلى حد بعيد، فى التعليقات النظرية على العدوانية وتطور إجراءات قياسها. وعلى العكس، اعتبر التعليقُ النظرى المبكر الذى صدر عن شابيرو Shapiro (50) الاندفاعَ فشلا فى التحكم فى النبضات الانفعالية الداخلية، وتشمل تعبيراته التجليات الوجدانية، كما تشمل التجليات المعرفية والسلوكية. وباستثناءات قليلة، على سبيل المثال مقياس بلاكبرن Blackburn (7) للاندفاع، وهو مشتق من "اختبار الشخصية متعدد الأوجه لمنيسوتا" ومقياس الإلحاح Urgency من مقياس وايتسايد Whiteside ولنام Lynam (62) الإلحاح والمثابرة والتروى والسعى وراء الحسى" (UPPS)، لا تفسر مقاييس التقرير الذاتى للاندفاع على البعد الوجدانى، رغم الارتباط الشامل فى سياقات الطب الشرعى. إضافة إلى ذلك، ينقص المهام السلوكية المستخدمة لقياس الاندفاع مكون وجدانى عادة، وتفشل فى تفسير جوهر السلوك الاندفاعى بشكل وجدانى. وذُكِر أن إلحاح مقياس "الإلحاح والمثابرة والتروى والسعى وراء الحسى"، ويقيس "الميل إلى تجريب نبضات قوية كثيرًا ما تكون فى ظروف وجدانية سلبية" (62 ؛ ص ٦٨٥)، يتنبأ بالعدوانية، ويبدو أنه يفسر بُعْد الانفلات الوجدانى الذى يشترك فيه عدد من الاضطرابات النفسية بما فيها اضطراب الشخصية الحدية، واضطرابات الأكل eating والاكتئاب (41). ويرتبط هذا بإساءة استخدام الكحول فى العينات المرَضية (خاصة فى المصابين بسمات مضادة للمجتمع: (62))، ومع استخدام الكحول فى عينات مجتمعية (على سبيل المثال، (41)).

وجادل البعض بأن فشل التنظيم الذاتى انفعاليا هو السمة المعرِّفة لاضطراب الشخصية (على سبيل المثال، (50)). لكن الانفلات الوجدانى، كما لاحظ ساكر Sakar وأدشيد Adshead، أكثر بروزًا فى المجموعة "ب"، ويبرز خاصةً فى اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع واضطراب الشخصية الحدية، اللذين يشتركان فى الكثير من الخصائص. على سبيل المثال، فى السمات "الخمس الكبار" للشخصية، التى وصفها زكرمان Zuckerman وزملاؤه (64)، تشترك اضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع واضطرابات الشخصية الحدية فى معدلات مرتفعة فى السعى الاندفاعى وراء الحسى والعداء والعدوانية، بينما تتميز اضطرابات الشخصية الحدية، إضافة إلى ذلك، بمعدلات مرتفعة فى العصابية والقلق (1). وفى العاملين المرتفعين لاضطراب الشخصية، "القلِق-المكبوح anxious-inhibited" و"التنفيس acting out"، وقد حددهما بلاكبرن وآخرون (10)، ينبغى للمرضى الذين تنطبق عليهم معايير كل من اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع واضطراب الشخصية الحدية أن يحققوا معدلات مرتفعة على كل من العاملين. ويبدو أن هذا هو الحال فى مرضى الطب الشرعى المحتجزين فى ظروف أمنية مرتفعة جدا. وبشكل يقبل الجدل، يمثل الاندفاع الوجدانى كما عرَّفناه من قبل العامل المشترك بين اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع واضطراب الشخصية الحدية. والميل إلى التنفيس فى حالة الوجدان المتوهج (إيجابيا أو سلبيا) هو، بشكل يقبل الجدل، السمة الأساسية للجانى مضطرب الشخصية بشكل خطير وحاد. ويُرَى هذا الميل فى أبرز صورة فى المصابين باتحاد اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع + اضطراب الشخصية الحدية، الذين يحققون معدلات مرتفعة على عامل السيكوباتية المرتفع المعرَّف باستخدام بيانات الفحص الدولى لاضطراب الشخصية فى عينات الطب الشرعى (56) والمجتمع (31).

يفترض ما سبق علاقة بين العنف والاندفاع العدوانى، لكنه يتطلب فحصًا أدق. بشكل تقليدى، يُقسَّم العنف إلى اندفاعى/ وجدانى مقابل العنف الإجرائى، أى العنف المصاحب وغير المصاحب لحالة انفعالية سلبية. وتقترح بعض الأدلة، تمت مراجعتها

فى بورتر Porter ووودورث Woodworth (48) ، أن العنف الإجرائى يرتبط بالسيكوباتية بشكل أكثر وضوحًا من ارتباط العنف الوجدانى بها. وثمة تقسيم آخر فى أدبيات العنف، يتأسس فى أبحاث الحيوانات عن العنف، بين نوعين من العدوانية الموجهة، دفاعية وهجومية (12). ويوجد نوع ثالث، الغريزى أو الافتراسى، لا يرتبط بالوجدان، سلبًا أو إيجابًا. وطبقًا للمخطط الموضح فى الجدول "٨، ١" يمكن أن تحدث العدوانية الهجومية والدفاعية كلتاهما فى حالة اندفاع وجدانى، أو فى حالة التحكم الذاتى. ترتبط العدوانية الهجومية[٤] والعنف بوجدان إيجابى، بينما ترتبط العدوانية الدفاعية والعنف بوجدان سلبى. ويؤدى هذا إلى أربعة أنواع من العنف: هجومى/ مخطط، وهجومى/ اندفاعى، ودفاعى/ مخطط، ودفاعى/ اندفاعى، ولكل منها أهدافه ومشاعره وانفعالاته الخاصة.

الجدول ٨، ١ نموذج للعنف

		هجومى/شهوانى	دفاعى
اندفاعى	الغاية	تعزيز وجدان إيجابى بالتسبب فى الأذى والمعاناة	تقليل وجدان سلبى من خلال إزالة تهديد شخصى
	الوجدان	إيجابى	سلبى
	الانفعال	انتعاش/ إثارة: رغبة فى زيادة الإثارة	الخوف، الكرب، الرغبة فى محو التهديد
	نوع الغضب	"غضب يسعى للإثارة"	"غضب انفجارى/ تفاعلى"
مخطط		تحقيق نتيجة إيجابية/ تعزيز	إزالة تهديد شخصى/ شكوى من فعل واضح

(٤) قد يكون من الأفضل لوصف هذا النوع من العدوانية/ العنف استخدام مصطلح "شهوانى" للتأكيد على الوجه الإيجابى للتعزيز والوجدان الإيجابى المصاحب له (المؤلف).

	الغاية الوجدان الانفعال نوع الغضب	إيجابى توقع المتعة: الرغبة فى نتيجة إيجابية "غضب قسرى"	متعمد سلبى الانتقام: الرغبة فى "التساوى" مع مصدر الشكوى "غضب انتقامى/ اجترارى"

وطبقا لهذا النموذج، يمكن أن يحدث العنف الانفعالى فى حالة وجدانية إيجابية أو سلبية (النصف العلوى من الجدول ٨، ١). حين يكون فى شكل العنف الهجومى (النصف الأيمن فى الجدول)، يظهر فى حالة وجدان إيجابى، وتكون هناك رغبة لا تُقاوَم لزيادة حالة الإثارة إلى أقصى حد بالتسبب فى أذى الآخرين ومعاناتهم، مصحوبة بغضب يسعى إلى إثارة تُدرَك وجدانيا باعتبارها غضبًا إيجابيا سارًا، أو بلغة نظرية الانعكاس، غضب باراباتى parapathic(٢)[٥]. وإلى حد كبير، لا تنبعث الغاية من التسبب فى أذى الآخرين ومعاناتهم من السلوك العنيف باعتباره مبررًا للسلوك. وتحفزه أساسا الرغبة فى زيادة حالة الإثارة والبهجة، الانفعالية المعززة بقوة إلى أقصى حد. ويوحى الدليل على الحافز للسعى وراء الإثارة فى عنف السيكوباتيين، وعن استنباطهم اللذة من معاناة الآخرين (48)، بأن عنف السيكوباتيين يقع بشكل غير مناسب فى هذه الفئة الاندفاعية/ الهجومية.

---

(٥) طبقا لنظرية الانعكاس، الانفعالات التى يفترض أن تكون سيئة تسمى "parapathic" حين تستقبل باعتبارها سارة فى حالة حالية موجهة للممتعة. يحدث الغضب الباراباتى، على سبيل المثال، حين نستمتع بغضبنا من السذج ونحن نشاهد فيلما. وفى مشاهدة مباراة لكرة القدم، ربما نستمتع لأننا غاضبون من الحكم (المؤلف).

إذا ظهرت النبضة العنيفة فى حالة وجدانية سلبية فى شكل العنف الدفاعى (الجزء الأيسر من الجدول ٨، ١)، توجد رغبةٌ لا تقاوَم لمحو مصدر تهديد واضح، مما يؤدى إلى فعل عنيف مصحوب بالغضب وبلا مبالاة بالنتائج السلبية. يُستقبَل الغضب الذى يتميز بأنه انفجارى/ تفاعلى باعتباره سلبيا من الناحية الوجدانية (غضب كريه). وقد يكون المفجر هنا تصرفا من شخص آخر فُسِّر (بشكل خطأ غالبا) باعتباره ينم عن حقد. يسعى الفعل العنيف إلى تقليل الوجدان السلبى بمحو مصدر التهديد (المدرَك). ويبدو من المقبول، رغم ضرورة التحقق من صحته ذلك، أن العنف الدفاعى، المصحوب بغضب كريه، يظهر بشكل أكثر شيوعًا فى مرضى الشخصية الحدية، وفى مَن يحققون معدلات مرتفعة على عامل اضطراب الشخصية "القلقة-المكبوحة" عند بلاكبرن وآخرين (10)؛ وبينما قد يكون العنف الهجومى، المصحوب بغضب سار، أكثر شيوعًا فى المصابين باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، وفى الذين يحققون معدلات عالية فى "التنفيس". وقد يكون المصابون باتحاد اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع + الحدية، نتيجة اندفاعهم الوجدانى، ميالين لكل من العنف الدفاعى والهجومى. ويعتمد نوع العنف الذى يظهر على السياق، وخاصة إن كان ينقل حالة وجدان سلبى أم إيجابى (على سبيل المثال، وجود تهديد شخصى أو منبه يحدث إثارة وسعى للمتعة)، وبشكل أكثر أهمية، على حالة الفرد المعنِى. إذا تميز ذلك بتوجه إلى المتعة، وركز على هنا والآن، فمن المحتمل أكثر أن يحدث العنف الاندفاعى/ الهجومى (المصحوب بغضب يسعى إلى الإثارة). وإذا تميز، من الناحية الأخرى، بتوجه يركز على إزالة التهديد المدرَك، فمن المحتمل أكثر أن يظهر العنف الاندفاعى/ الدفاعى (المصحوب بغضب انفجارى/ تفاعلى).

ثمة شكلان آخران من العنف يشار إليهما فى النصف السفلى من الجدول "٨، ١": الهجومى/ المخطط والدفاعى/ المخطط. يناظر الأول بدقة ما أشير إليه تقليديا بالعنف الإجرائى، حيث الغاية تحقيق نتيجة إيجابية، ويكون العنف إجرائيا تماما فى تحقيق تلك النتيجة. والمثال الكلاسيكى هو السطو المسلح، حيث الغاية، على سبيل المثال، سرقة قطار بريد محمل بالفلوس، يقاومها شخص ما، سائق القطار على سبيل

المثال، حيث يتبين أن التخلص منه ضرورى لتحقيق الغاية. يحفز العنفَ الدفاعى/ المخطط إزالة تهديد شخصى أو شكوى ويكون مصحوبا بانفعال الانتقام. إن رغبة المحب المحتقَر فى التغلب حتى على منافس على مشاعر المحبوب مثال كلاسيكى لهذا النوع(٦).

مقاييس الدماغ للاندفاع الوجداني في المصابين باضطراب الشخصية:

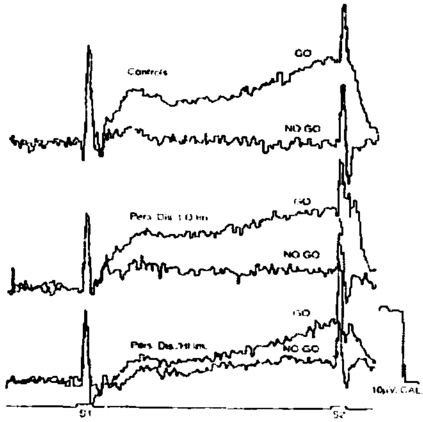
أجرى المؤلف ورفاقه فى مستشفى برودمور Broadmoor، الذى يحظى بدرجة عالية من التأمين، فى إنجلترا، الدراسات الأولى لفحص المعالجة الوجدانية العصبية neuroaffective فى المصابين باضطراب الشخصية فى السبعينيات والثمانينيات من القرن العشرين (30). تم حجز المرضى، وكلهم من الذكور، طبقا لتشريع الصحة الذهنية فى المملكة المتحدة بوصفهم معتلين ذهنيا أو سيكوباتيين، وشُخِّصت الفئة الأخيرة إكلينيكيا باضطراب الشخصية. وسبق هذا العمل ظهور القائمة السيكوباتية لهير Hare (26)، وهكذا لم يكن من الممكن تقييم السيكوباتية بدقة فى هؤلاء المرضى. أشار عملٌ تالٍ مع هذه المجموعة (15) إلى أن ربعهم تقريبا ينطبق عليهم معيار السيكوباتية فى القائمة السيكوباتية، لكنهم جميعا تقريبا (بما فيهم المعتلون ذهنيا) تنطبق عليهم معايير تشخيص اضطراب على الأقل، وعدة اضطرابات عادة، من اضطرابات الشخصية طبقًا للنسخة الثالثة من الدليل الأمريكى. وأكثر الاضطرابات التى شُخِّصتْ اضطراب الشخصية الحدية واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع.

---

(٦) ربما تكون أبشع حالة حديثة حالة ليزا نواك، ملاحة فى ناسا، التى انطلقت ٩٠٠ ميل فى سيارتها من هوستن إلى أورلاندو فى ٥ فبراير ٢٠٠٧ لتواجه امرأة رأتها منافسة على مشاعر ملاح فى مكوك الفضاء (المؤلف).

وفيما يتعلق بتمييز بلاكبرن بين لأولى والثانوى (انظر بلاكبرن فى هذا المجلد) كان معظم المرضى مضطربى الشخصية سيكوباتيين ثانويين. بدلا من التركيز على التشخيص الإكلينيكى، ركز هذا العمل على ارتباطات الدماغ بأبعاد الشخصية، خاصة الاندفاع/ حب القتال والقلق/ العزلة الاجتماعية، التى أشار عمل سابق (8) إلى أنها مفتاح وصف نموذج للجناة المضطربين ذهنيا. وكان الاندفاع/ حب القتال، الذى يمثل ما يشار إليه هنا بالاندفاع الوجدانى، بؤرة خاصة، من منظور اقتراح بلاكبرن (8) بأن الاندفاع قد يكون سمة معرِّفة للسيكوباتى.

ضمن نماذج سلوكية متنوعة تُستخدَم لإثارة نشاطٍ فى الدماغ مرتبطٍ بحدث، وُجِد "أن نموذج اذهب/ لا تذهب Go/ No Go" الذى أظهر جهودا كهربية بطيئة فى الدماغ ("التغير السلبى العارض اذهب/ لا تذهب") يرتبط بمقاييس القياس النفسى للاندفاع الوجدانى (13 و 30). إن التأثير السلبى العارض تحول سلبى مستمر فى الجهد الكهربى للدماغ، يسجل من أقطاب فروة الرأس scalp electrodes، وينشأ لعدة ثوانى وشخص ما يستعد للاستجابة لإشارة. ويسبق تنبيهُ تحذيرى (S1 فى الشكل "٨، ١") تنبيهًا أمرًا (S2 فى الشكل "٨، ١") يتطلب استجابة حركية (ضغط زر باليد). فى نموذج التجنب "اذهب/ لا تذهب" الموضح فى الشكل "٨، ١" إشارة تحذيرية أشارت إلى "اذهب" (ضغط الزر) أو "لا تذهب" (لا تضغط الزر) للتنبيه الآمر. وكان حذف تنبيه الضجيج المتجنب (لا عقاب) متوقفًا على استجابة صحيحة فى الوقت المناسب للتنبيه الآمر. وكما هو موضح فى الشكل "٨، ١" تبين أن القيمة النسبية للتحول السلبى البطيء فى الجهد الكهربى المثار فى الدماغ بين التنبيه الأول "S1" والتنبيه الثانى "S2" فى محاولات "اذهب" و"لا تذهب" مرتبط بالاندفاع الوجدانى. وأظهر المندفعون وجدانيا من المرضى مضطربى الشخصية، مقارنة، بغير المندفعين، عدم وجود اختلاف فى الجهد الكهربى للدماغ بمقارنة حالتى "اذهب" و"لا تذهب": ملاحظة الجدول "٨، ١" (المجموعة السفلى من الرسم) توضح نقصًا فى "ضوء النهار" بين أشكال موجات "اذهب" و"لا تذهب" فى مجموعة المندفعين مقارنة بمجموعة غير المندفعين والمجموعة الضابطة (المجموعتين العلويين من الرسم). أظهر المندفعون من المرضى المعتلين ذهنيا الاختلاف ذاته مقارنة بغير المندفعين من المرضى المعتلين ذهنيا.



الشكل ٨، ١ التأثير السلبى العارض "اذهب Go/ لا تذهب No Go" فى مجموعة ضابطة من الأصحاء (الجزء العلوى فى الرسم)، والمرضى غير الاندفاعيين المصابين باضطراب الشخصية (الجزء الأوسط من الرسم)، والمرضى الاندفاعيين المصابين باضطراب الشخصية (الجزء السفلى من الرسم). قيس الاندفاع بمقياس بلاكبرن للاندفاع (٧). فى محاولات "اذهب" تشير إشارة سمعية (S1) إلى انطلاق إشارة ثانية (S2)، بعد ٣ ثوانى تقريبا، يستجيب لها الشخص بضغط زر ليتجنب تنبيه ضجيج أبيض مؤذ. فى محاولات "لا تذهب" يشير تنبيه آخر "S1" إلى أنه ينبغى عليه أن يحجم عن الاستجابة للتنبيه الثانى "S2"، ليتجنب الضوضاء مرة أخرى. ينشأ جهد سلبى (متجه إلى أعلى) فى حالة "اذهب" بين التنبيه الأول "S1" والثانى "S2"، لكنه بقدر أقل فى حالة "لا تذهب" (٣٠).

حين تم تصنيف المرضى فى الأساس إلى خطورة مرتفعة أو منخفضة على أساس نتائج التغير السلبى العارض والتفريغ التالى له، وجد أن التغير السلبى العارض يتنبأ بنجاح بتكرار ارتكاب الجرائم العامة والعنيفة بدقة معقولة (32 و 33). ووجدت دراسة تالية أن بين نزلاء السجون المصابين باضطرابات الشخصية، الذين تنطبق على ٨٠٪ منهم معايير الدليل الأمريكى لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، أن من لهم تاريخ بدأ مبكرا بشكل أساسى لإساءة استخدام الكحول، مقارنة بمن ليس لهم مثل هذا التاريخ، أظهروا النمط "الاندفاعى" لموجات الدماغ، أى عدم وجود اختلاف بين حالتى "اذهب" و"لا تذهب" (43). وأثار هذا احتمالَ أن المرضى ذوى الخطورة المرتفعة فى دراسات هوارد Howard ولومسدن Lumsden كانت خطورة ارتكابهم للعنف زائدة بسبب تاريخهم الذى بدأ مبكرا فى إساءة استخدام الكحول، مما يؤدى إلى الفرضية التى تقترح أن الارتباط بين اضطراب الشخصية والعنف كان إساءة استخدام الكحول مبكرا (29). بإتلاف وظيفة مقدمة الفص الجبهى أثناء المراهقة، وهى فترة حاسمة فى

تطورها، افتُرِض أن إساءة استخدام الكحول مبكرا تؤدى إلى عيوب فى الركائز العصبية النفسية للسلوك الهادف والتنظيم الذاتى للانفعال، مما يضع الفرد فى خطورة مرتفعة لأن يصبح مجرمًا بشكل دائم فى مرحلة البلوغ. ويمكن أن تتزايد خطورة انهماك الذين يظهرون سيكوباثولوجيا الانفلات (على سبيل المثال، اضطراب السلوك، اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، سمات سيكوباتية فى الطفولة) أثناء الطفولة فى إساءة استخدام الكحول فى المراهقة، مما يؤدى بدوره إلى خلل فى ركائز الفص الجبهى للتنظيم الذاتى للانفعال، مما يؤدى إلى زيادة استخدام الكحول وبالتالى المزيد من إتلاف التنظيم الذاتى للانفعال، وهكذا يمكن أن ينتقلوا إلى مرحلة البلوغ بخطورة متزايدة لارتكاب الجرائم العامة والعنيفة. ويمكن أن ينطبق هذا السيناريو خاصةً على اضطرابات الشخصية التى تبين، فى الأدبيات الوبائية، أنها ترتبط بتاريخ لإساءة استخدام الكحول فى المراهقة. ووُجِد أن اضطرابات المجموعة "ب"، خاصةً، ترتبط بشكل دال بالاعتماد على الكحول فى المجتمع عمومًا (17). وفى عينات الطب الشرعى، يرتبط اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع واضطراب الشخصية الحدية بإدمان الكحول وإساءة استخدامه (16). يتوقع ممن يحملون الخطر المزدوج لاتحاد اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع + الحدية، الذين يصنفون بوصفهم خطرين وحادين فيما يتعلق باضطراب الشخصية، أن يكشفوا بشكل خاص عن تاريخ حاد وطويل المدى لإساءة استخدام الكحول (والمواد المحظورة الأخرى) أثناء المراهقة.

رُبِطت أيضا الجهود الكهربية للدماغ المرتبطة بحدث، غير التغير السلبى العارض، بالاندفاع الوجدانى، ونظريا بإساءة استخدام الكحول مبكِّرًا. ومنها السلبية المرتبطة بالخطأ، وهو تغير سلبى ضئيل فى فرق الجهد المثار فى المحاولات الخطأ، مقارنة بالمحاولات الخالية من الخطأ، حين يُطلب من أشخاص القيام بتمييز الحروف المطلوبة من الحروف غير المطلوبة فى عرض بصرى. على سبيل المثال، ربما يتطلب الحرفان المطلوبان "S ،H" المعروضان على شاشة الكمبيوتر ضغط مفتاح، ويحاطان بمشتتات للانتباه (الحروف ذاتها أو حروف مختلفة). الحروف غير المطلوبة (على سبيل المثال، "X، Y") تحاط أيضًا بمشتتات للانتباه لتشجيع ارتكاب الأخطاء. لا توجد حتى الآن

دراسـات عن السلبـيـة المرتبطة بالخطأ فى عينات الطب الشـرعى، لكن وجدتْ دراسـةٌ حديثة فى الطلاب أن السلبية المرتبطة بالخطأ انخفضت فى "المجسدين externalisers"، أى الذين يحققون معدلات مرتفعة فى الطرف المرتفع من مجال التجسيد، مما يفسر الاختلاف المشترك بين مختلف أشكال سيكوباثولوجيا الانفلات (25). يساهم الاندفاع عمومًا، والاندفاع الوجدانى خاصة (على سبيل المثال "الإلحاح بنفاد صبر" من اختبار التجسيد)، بشكل كبير فى بعد التجسيد (39). سجل دى بروين De Bruijn وآخرون (20) أن السلبية المرتبطة بالخطأ المسجلة فى مهمة اختيار وقت رد الفعل انخفضت فى مرضى اضطراب الشخصية الحدية، الذين أظهروا أسلوب استجابة اندفاعية، مقارنة بالمجموعة الضابطة. فى دراسة سابقة، رأى ديكمان Dikman وألن Allen (21) أن السلبية المرتبطة بالخطأ منخفضة فيمن حققوا معدلات منخفضة على مقياس جوف للسلوك الاجتماعى Gough's Socialisation measure، المعروف بارتباطه المرتفع بمقاييس الاندفاع الوجدانى، مثل مقياس بلاكبرن للاندفاع (7)، ويعكس مستويات مرتفعة من التمرد والعدوانية والاندفاع.

ثمة مقياس آخر لموجات الدماغ ارتبط "بالتجسيد" وهو بى٣٠٠ P300، تغير موجب متأخر فى الجهد الكهربى فى الدماغ يحدث عند وجوب تحديد هدف نادر ضمن أشياء شائعة (ما يعرف بمهمة "الشاذ oddball"، على سبيل المثال فى الطريقة السمعية، تنثر "صفارات" شائعة مع "ضربات" نادرة يجب تحديدها والاستجابة لها). بينما ينخفض مقدار "بى٣٠٠" فيمن يتبين أنهم شرعوا فى إساءة استخدام الكحول مبكرا (37)، اعتبر انخفاضه مؤشرًا بيولوجيا عصبيا على إدمان الكحول، حيث وجد فى كل من مدمنى الكحول وأبنائهم غير المدمنين للكحول (38). لكن النتائج التى توصل إليها باتريك Patrick وآخرون (47) توحى بأنه يرتبط أكثر بالسمة العليا للتجسيد، المسئولة عن التنوع الشائع فى مختلف أشكال سيكوباثولوجيا الانفلات، بما فى ذلك إساءة استخدام الكحول.

ثمة سؤال حاسم، لم تقدم له إجابة كاملة حتى الآن، يثار بشأن كل هذه الارتباطات، ارتباطات الدماغ بالاندفاع الوجدانى وهو: إلى أى مدى تعكس هذه الارتباطات سمات الطفولة، كتلك المرتبطة بالتجسيد الذى يهيئ لإساءة استخدام الكحول، وإلى أى مدى تعكس النتائج السيكولوجية العصبية لإساءة استخدام الكحول مبكرا؟ بشأن "بى٣٠٠"، تدعم نتائج دراسة حديثة لكرلسون Carlson وماك لارنون McLarnon وإكونو Iacono (14) البديل السابق. وقد رأوا أن انخفاض "بى٣٠٠" فى ذكور فى سن ١٧، كانوا، وقت تسجيل "بى٣٠٠" لهم، غير مصابين باضطراب استخدام المواد المخدرة (بما فى ذلك الكحول)، وأصيبوا بعد ذلك، فى سن ٢٤، باضطراب التجسيد، وليكن الاستخدام المبكر (قبل سن ٢٠) للمواد المخدرة أو أى اضطراب آخر من اضطرابات التجسيد، وخاصة السلوك المضاد للمجتمع فى البالغين. لكن هذين البديلين لا ينفى أحدهما الآخر بحال من الأحوال؛ من المحتمل أن يكون الاثنان صحيحين، وهذه الاحتمالية متضمنة فى الفرضية التى قدمها هوارد (29). وطبقًا لهذا، تكون إساءة استخدام الكحول والمواد المحظورة مبكِّرًا فى المهيئين بالفعل لسيكوباثولوجيا الانفلات سابقة ضرورية، لكنها ليست كافية لاقتراف جرائم العنف فى مرحلة البلوغ فى المصابين باضطرابات الشخصية. وتظهر على الذين تؤدى فيهم ميول التجسيد إلى إساءة استخدام الكحول (والمواد المخدرة الأخرى)، نتيجة إساءة استخدام هذه المواد، اضطرابات الشخصية التى تتميز بالخصائص المضادة للمجتمع والحدية، وتؤدى، خاصة حين تتحد، إلى ميل إلى الانهماك فى السلوك العنيف. ولا يمكن تأكيد ذلك إلا حين تُجرَى دراسات طولية للتحقق من الفرضية.

ثمة سؤال آخر مهم يتعلق بالطبيعة الخاصة للعيوب النفسية العصبية التى تؤدى إلى اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع واضطراب الشخصية الحدية، إذا وضعنا فى الاعتبار أنهما كليهما مرتبطان بالانفلات الوجدانى. وكما رأينا من قبل (ص ١٦٢)[٧]

(٧) من الأصل الإنجليزى، الفصل ذاته.

ربما يكون العنف الدفاعى/ الاندفاعى، المصحوب بغضب انفجارى/ تفاعلى، خاصا نسبيا بالمرضى الحديين، بينما قد ينطبق العنف الهجومى/ الاندفاعى، والغضب الساعى للإثارة، أكثر بالمصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع. فيما يتعلق باختلال وظيفة الدماغ المتسبب فى ذلك، قد يوضح اقتراح نظرى بأن المرضى الحديين، كما يتبين من نتائج عدد من دراسات التصوير البنيوى structural imaging (روجعت فى (36))، نقص الكف فى الجزء المحجرى من الفص الجبهى لنشاط الجهاز الطرفى واللوزة للتنبيهات الانفعالية. ربما تُظهِر اضطراباتُ الشخصية المضادة للمجتمع، من الناحية الأخرى، اختلالا فى الجزء الخلفى الجانبى من مقدمة الفص الجبهى. يمكن أن يظهر نوعًا الاختلال الوظيفى فى المصابين باتحاد اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع واضطراب الشخصية الحدية، مما قد يؤدى بشكل خاص إلى تعرض حاد أو طويل المدى للكحول والعقاقير الأخرى فى المراهقة، بالارتباط مع تأثيرات خاصة مهيِّئة تميز كل اضطراب.

تقييم خطر العنف: مقاربات جديدة:

كما أشرنا من قبل، يكشف التغير السلبى العارض "اذهب/ لا تذهب"، أى ارتباط للدماغ بالاندفاع الوجدانى، عن وعد بوصفه مقياسًا لخطر العنف. أظهر التنبؤ بتكرار اقتراف الجرائم العامة والعنيفة على أساس التغير السلبى العارض تحسنا نسبيا فى الفرصة (مقياس يتكيف طبقا لمعدل أساسى لتكرار اقتراف الجرائم) ٠,٧٣، ٠,٦٨ بالتتابع (32 و 33). وفيما يتعلق بهذا، يعادل التغير السلبى العارض "اذهب/ لا تذهب" بشكل مميز المؤشرات الأخرى لتكرار اقتراف الجرائم، على سبيل المثال القائمة السيكوباتية لهير Hare، التى تبين أنها تظهر تحسنا نسبيا فوق فرصة ٠,٦٢ (27).

لكن مقاييس موجات الدماغ، بوصفها مقاييس إستاتيكية للخطورة، قد لا تضيف إلا القليل جدا للمقاييس الدقيقة الموجودة للخطورة، من قبيل القائمة السيكوباتية

والمقاييس الأخرى التى تعتمد على القائمة السيكوباتية بوصفها جزءاً من تقييم الخطورة. وهى، إلى حد ما، بوصفها مقاييس للجهد الكهربى لحالة الخطر، تقدم أكبر وعد. تلقى الأدبيات الحديثة فى الطب الشرعى الضوء على قصور المقاييس الموجودة لخطر العنف، حيث لا يقدم معظمها شيئًا لمتابعة انحسار الخطورة وتدفقها فى الأفراد عبر الزمن (22). إن الفائدة العملية للمقاييس الاستاتيكية للخطر، حين تطبق فى مهمة متابعة الأفراد مرتفعى الخطورة، مثيرة للخلاف. يشير دوجلاس Douglas وسكيم Skeem (22) إلى أن على الإكلينيكيين، لكى يكون عملهم فعالا إلى أقصى حد فى المهمة الرئيسية لتقليل الجهد الكهربى للعنف، تجاوز وضع الخط الأساسى للخطر، الذى يركز على الاختلاف الفردى inter-individual فى الخطر، لتقييم وضع الخطر، الذى يركز على الاختلاف فى جهد العنف داخل الفرد intra-individual. وفيما يتعلق بهذا، تقدم مقاييس موجات الدماغ، من قبيل التغير السلبى العارض والسلبية المرتبطة بالخطأ، قيمة للجهد الكهربى بوصفه مؤشراً لسمات تعتمد على الحالة أيضًا. على سبيل المثال، تبين أن الشذوذ فى السلبية المرتبطة بالخطأ فى مرضى الذهان يرجع جزئيا إلى الحالة الطبيعية أثناء العلاج (٤)، ومثل السلبية المرتبطة بالخطأ يمكن للتغير السلبى العارض "اذهب/ لا تذهب" أن يعكس التغيرات المؤقتة فى حالة الدماغ، التغيرات التى تحدث نتيجة العقاقير التى تغير حالة الذهن أو الحرمان من النوم. فى حالة تعاطى الحشيش، المرتبطة بجرائم العنف فى المصابين باضطرابات (44)، تكون مصحوبة باختلال حاد فى التغير السلبى العارض "اذهب/ لا تذهب" (34). ويعتقد أن هذا يعكس حالة بيولوجية عصبية يزيد فيها ميل الفرد إلى التنفيس بطريقة انفعالية منفلتة. ويمكن أن يأخذ هذا التنفيس شكل العنف الهجومى (فى حالة وجدانية إيجابية) أو الدفاعى (فى حالة وجدانية سلبية) (الجدول ٨، ١)، اعتماداً على كل من السياق الذى يجد الفرد نفسه فيه، وأيضًا على المتغيرات الداخلية، مثل مستوى السكر فى الدم، ومستوى الكحول فى الدم وإطار ذهن الفرد. ويعتمد الحد الذى تطلق عنده بعضُ الأسباب سلوكَ التنفيس على "وضع الراحة" التى يعمل عندها الفرد عادة (السمة)، كما يعتمد على العوامل السياقية أو الداخلية التى تعمل فى لحظة معينة

(الحالة). تحتاج الدراسات فى المستقبل إلى التحقق من صحة مقاييس موجات الدماغ بوصفها مقاييس لحالة الخطر. يمكن تتبع تغيرات هذه المقاييس فى حالات ذوى الخطورة العالية عبر الزمن، وربطها بنوبات العدوانية والعنف، ومقاييس حالة الاندفاع الوجدانى بالتقرير الذاتى، ومقاييس تقدير الملاحظ للسلوك الاندفاعى، المعروف بأنه يتنبأ بالتغيرات الديناميكية فى خطر العنف، مثل التقييم الديناميكى لعدوانية المرضى المحجوزين فى المستشفيات (45). وإذا ثبت، كما هو متوقع، أن التغيرات فى الاندفاع الوجدانى وفى التغير السلبى العارض "اذهب/ لا تذهب" والسلبية المرتبطة بالخطأ، مقدمات للنوبات العدوانية، فإن هذه المقاييس، وحدها أو بالاتحاد مع المقياس الذى قدَّره الملاحظ، ربما تقدم مقياسا مفيدا إكلينيكيا لحالة الخطر.

يمكن تعديل الجهود الكهربية البطيئة فى الدماغ، مثل التغير السلبى العارض، من خلال التغذية الحيوية الرجعية biofeedback فى البالغين الأصحاء (6) وفى الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (55). وينبغى، من ثم، مبدئيا أن يكون تعديل التغير السلبى العارض "اذهب/ لا تذهب" ممكنًا فى الأشخاص المندفعين إلى اتجاه غير اندفاعى من خلال تدريب التغذية الحيوية الرجعية. إن مسألة إن كان هذا يؤدى إلى تعديل فى سلوكهم، مثل تحسين التنظيم الذاتى للوجدان، سؤال مفتوح لكنه يستحق البحث. تتكهن نتائج دراسة سترهل Strehl وآخرين (55) بشكل جيد فى هذا الصدد؛ بعد تدريب التغذية الحيوية الرجعية، أظهر الأطفال المصابون باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط تحسنا ملحوظا فى السلوك والانتباه ومعدل الذكاء وهو تحسن استمر طوال المتابعة لستة أشهر. ثمة طريق آخر جدير بالاستكشاف لتتبع تغيرات التغير السلبى العارض "اذهب/ لا تذهب" مع التغير العلاجى التالى للعلاج. تبين أن بعض أشكال العلاج، على سبيل المثال حل المشاكل الاجتماعية (31)، تقلل الاندفاع فى المصابين باضطراب الشخصية. تسعى أوجه العلاج السلوكى الجدلى إلى تحسين التنظيم الذاتى للانفعال. ومن المهم إلى حد بعيد أن نستكشف استخدام التغير السلبى العارض "اذهب/ لا تذهب" والسلبية المرتبطة بالخطأ بوصفهما مقاييس للتغير العلاجى.

الركائز البيولوجية العصبية للتنظيم الذاتي للوجدان:

لا يسعى هذا الفصل إلى القيام بمراجعة تفصيلية للركائز التشريحية العصبية والفسيولوجية العصبية للأداء الوجدانى والتنظيم الذاتى (يمكن للقارئ المهتم أن يرجع إلى مراجعات (36)، (50)). ثمة نموذج نفسى عصبى يشمل أنظمة عصبية تبادلية "اذهب/ لا تذهب"، مماثلة لأنظمة التنشيط والكف السلوكيين عند جراى Gray (34)، طوره المؤلف الحالى وزملاؤه (30) لشرح نتائج التغير السلبى العارض فى الجناة المصابين باضطراب الشخصية، وخاصة الفقد النسبى لتمييز التغير السلبى العارض "اذهب/ لا تذهب" الملاحظ في المندفعين وجدانيا. افترض هذا النموذج آلية "متقبلة للعمل" فى الفص الجبهى، من خلالها يتم تشفير عصبى لتوقعات النتائج الإيجابية (مكافأة/ عدم العقاب) والسلبية (عقاب/ عدم المكافأة). ويقال إن التفاوت بين النتائج المتوقعة والمحققة يولد إشارة غير مناسبة تعدل النشاط فى مراكز "اذهب ولا تذهب" ويدفع السلوك باتجاه الاقتراب أو الابتعاد. حين يتم توقع المكافأة/ عدم العقاب (كما فى الفترة الفاصلة لنموذج تجنب اذهب/ لا تذهب)[٨]، تتولد إشارة غير مناسبة متوسطة القوة تنشط مركز اذهب، مما يؤدى إلى تغير سلبى فى فرق الجهد (التغير السلبى العارض) وميل للاقتراب. لكن إذا كانت هذه الإشارة غير المناسبة قوية ومستمرة، على سبيل المثال مع إغفال مستمر للمكافأة أو توقيع العقاب، يتم تنشيط مركز "لا تذهب"، مما يولد تحولا موجبًا فى الجهد الكهربى (التغير الموجب العارض) وانحرافا فى السلوك باتجاه الابتعاد. تؤكد الواقعَ الفسيولوجى للإشارة غير المناسبة المفترضة نتائج دراسة حديثة قام بها أويا Oya وآخرون (46). تم تسجيل النشاط الكهربى للمخ باستخدام أقطاب عميقة فى رجل مصاب بالصرع وهو يؤدى مهمة

(٨) الفترة الفاصلة foreperiod. الفترة بين الإشارة التحذيرية والتنبيه الذى من المتوقع أن يستجيب له الشخص فى مقاييس زمن رد الفعل.

مقامرة أيوا[٩]. حين وُجِه بالاختيار بين مجموعة الكروت مرتفعة الخطورة ومنخفضة الخطورة، تحول تدريجيا، نتيجة لإدراك الخسارة المادية فى الاختيارات مرتفعة الخطورة، من استراتيجية الخطورة المرتفعة إلى استراتيجية سلوكية منخفضة الخطورة، كما يوجد فى الأشخاص الطبيعيين. انعكس عدم التلاؤم بين النتائج المتوقعة والمحققة فى مكون حزمة ألفا alpha-band فى الجهد الكهربى المرتبط بحدث والمسجل من الجزء المتوسط من مقدمة الفص الجبهى. ترتبط هذه الإشارة إلى عدم التلاؤم بقوة مع سلوك الفرد فى المهمة، لكونها مرتبطة بالخطأ المرتبط بالمكافأة التى يتم الحصول عليها من نموذج التعليم المعزز لسلوك اختيار الشخص. ورغم نشأة إشارة عدم التلاؤم، كما تقترح نتائج أويا وآخرين (46)، فى متوسط مقدمة الفص الجبهى (المكان المفترض لتقبل الفعل)، يقترح النموذج أنها تُنقَل إلى أوجه جانبية أكثر من مقدمة الفص الجبهى حيث تعدل مباشرة مراكز "اذهب/ لا تذهب" تحت القشرة الدماغية sub-cortical. ومما يتسق مع هذا أن التلف فى الجزء الخلفى الجانبى من مقدمة الفص الجبهى تجعل التغير السلبى العارض "اذهب/ لا تذهب" يختل بطريقة تشبه الاختلال الذى يُشاهَد فى المرضى المندفعين (49).

اقترحت النتائج التى توصل إليها هوارد Howard وفينتون Fenton وفنويك Fen-wick (30) فى المصابين باضطراب الشخصية ممن يتسمون بالاندفاع الوجدانى فى مهمة "اذهب/ لا تذهب"، أن إشارة عدم التلاؤم الناشئ فى متقبل فعل "المكافأة/ عدم العقاب" ضعيفة نسبيا. إن إشارة عدم تلاؤم قوية من متقبل فعل "المكافأة/ عدم العقاب" ضرورية، طبقا لهذا النموذج، لتوليد توقع "المكافأة/ عدم العقاب" (المنعكس فى التغير السلبى العارض اذهب)، وتحويل إشارة "اذهب" إلى إشارة "لا تذهب" (المنعكسة فى عدم وجود فرق جهد سلبى، أو فرق جهد موجب، فى حالة "لا تذهب").

---

(٩) مهمة مقامرة أيوا Iowa Gambling Task: مهمة سيكولوجية تقلد اتخاذ القرار فى الواقع. صممها مجموعة من الباحثين فى جامعة أيوا.

ومن ثم، يُظهِر المندفعون وجدانيا التغير السلبى العارض المنخفض "اذهب" والتغير السلبى العارض المرتفع "لا تذهب" كليهما- أى عدم وجود اختلاف بين "اذهب" و"لا تذهب"- أثناء القيام بمهمة "اذهب/ لا تذهب" وحين يُعكَس التمييز- تتحول إشارة "اذهب" إلى إشارة "لا تذهب"، والعكس بالعكس.

اختلافات الجنس في اضطرابات الشخصية:

هل تقدم مفاتيح لأسباب المرض؟

بينما اختلال التنظيم الذاتى للانفعال مشترك فى كل من اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع واضطراب الشخصية الحدية، إلا أن الحالة، بالطبع، أن الكثير من المرضى يظهر عليهم اضطراب ولا يظهر الآخر، سواء اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع وحده أم اضطراب الشخصية الحدية وحده. ما المسئول عن تزامن حدوثهما معًا فى بعض المرضى؟ ويبدو هذا شاذا بشكل خاص فى الإناث، مقدما انحرافا جنسيا لصالح الذكور فى كل من اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع واضطراب الشخصية الحدية فى المجتمع (المملكة المتحدة) (17). يوجد دليل حديث فى دراسة لمجموعة مساجين فى المملكة المتحدة (5) يوحى بأن الذكور والإناث من مقترفى جرائم العنف والجرائم الجنسية، ممن تنطبق عليهم معايير "اضطراب الشخصية الخطيرة والحادة"، تظهر عليهم خصائص متماثلة تمامًا. كان تزامن حدوث اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع واضطراب الشخصية الحدية أكثر شيوعا بكثير فى كل من الجناة الذكور والإناث ممن تنطبق عليهم معايير الاضطراب الخطير والحاد فى الشخصية، مقارنة بنظرائهم ممن لا تنطبق عليهم هذه المعايير. أظهرت الأخيرة المعدل نفسه تقريبا، ١٠-١١٪، الذى توصل إليه هوارد Howard وآخرون (31) فى مرضى اضطراب الشخصية ممن يسعون للعلاج. وفى المقابل، ظهر فى نصف السجناء الذكور، تقريبا، من المصابين باضطراب الشخصية الخطيرة والحادة، وبشكل مرتفع

ولاقت ٧٧٪ من السجينات المصابات بهذا اضطراب، ظهر فيهم اتحاد اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع + اضطراب الشخصية الحدية(١٠). مما يوحى بأن بين أولئك الجناة الذين يعتبرون، بالمعايير الحالية، "مضطربى الشخصية بشكل خطير وحاد"، لا تُمثَّل النساء فيهم فقط، لكنهن يظهرن نقصا حادا فى التحكم الذاتى فى الوجدان بشكل خاص، ويملن إلى العنف الاندفاعى بشكل خاص(١١).

ورغم معدل الانتشار الأعلى عموما، فى عموم سكان المملكة المتحدة، بالنسبة لاضطراب الشخصية الحدية فى الذكور والإناث، تأكد بشكل جيد أن عينات الساعين إلى العلاج، وعينات الطب الشرعى، فإن معدل انتشار اضطراب الشخصية الحدية فى الإناث أعلى من الذكور (على سبيل المثال، (5)؛ (59)). وربما يكون التفسير المحتمل لهذا أن النساء اللائى يحملن تشخيص اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فى عينات الطب الشرعى، والأماكن التى على درجة عالية من التأمين، يحققن معدلات مرتفعة على العامل العام للسيكوباتية المحدد من بيانات الفحص الدولى لاضطراب الشخصية فى عينات اضطراب الشخصية فى الطب الشرعى والمجتمع (31 و56 و57). ويضم هذا العامل السمات الهستيرية/ النرجسية، والحدية والارتيابية، إضافة إلى السمات المضادة للمجتمع فى الطفولة والبلوغ، ويرتبط بالإجرام، بما فيها جرائم العنف. وربما يتوقع أن تحقق النساء اللائى يحملن تشخيص اضطراب الشخصية الحدية فى عموم المجتمع، فى المقابل، معدلات منخفضة فى هذا العامل السيكوباتى. يمكن توقع أن تظهر المجموعة الأولى، لا الأخيرة، تاريخا لإساءة استخدام الكحول والعقاقير الأخرى فى سنوات المراهقة بشكل دال.

---

(١٠) المؤلف ممتن للسيدة لورا بل لتقديم هذه المعلومات (اتصال شخصى، ٣١ مارس ٢٠٠٧) (المؤلف).

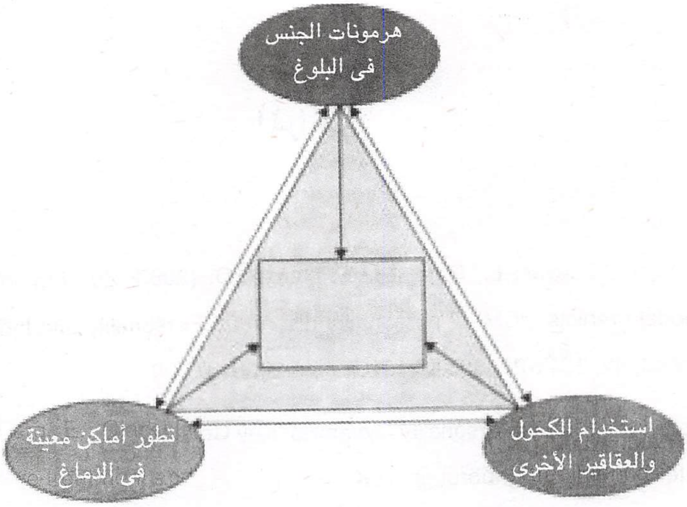
(١١) وتدعم هذا نتائج حديثة لمراجعة لتقارير الحوادث اليومية (معظمها عنيف) فى مستشفى رامبتون، المملكة المتحدة، التى تنظمها مديريات (العلة الذهنية واضطراب الشخصية وإعاقة التعلم وخدمة النساء). وجدت المراجعة أن الحوادث اليومية كانت أكثر شيوعا بين المريضات (المؤلف).

ربما يعكس الاختلاف الجنسي اللافت، لصالح الذكور، في معدل انتشار اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع في عموم المجتمع (17؛ انظر أيضا دى بريتو وهودجينز في هذا المجلد) الاختلافات الجنسية في مسارات تناول الخمور في الذكور والإناث عبر المراهقة، وفي معدل نمو مناطق معينة في الدماغ. بحلول أواخر سن البلوغ، تظهر الأنماط الخاصة بالجنس في تناول الخمور، وتكون نوبات تناولها بكثرة أقل في الإناث، مع معدل انتشار أقل لإساءة استخدام الكحول والاعتماد عليه أقل مما في الذكور. في الوقت ذاته، تتطور الزيادة في حجم النسيج الرمادي grey matter في البنى الطرفية المرتبطة بالتنظيم الانفعالي وجهاز تشجيع الكحول بطريقة تعتمد على الجنس (23)[١٢].

يوجد على الأرجح تفاعل معقد بثلاث طرق، تبقى تفاصيله في حاجة إلى توضيح، بين هرمونات الجنس في مرحلة البلوغ وتطور الدماغ في المراهقة واستخدام الكحول والمواد المخدرة (انظر الشكل ٨، ٢). يكفي القول إن هذا التفاعل يعمل بشكل مختلف في الذكور والإناث، وربما تفسر نتائجه، في التأثيرات على سلوك البالغين، جزئيا على الأقل، الاختلافات بين الجنسين في معدل انتشار اضطرابي الشخصية المضادة للمجتمع والحدية. يبقى لأبحاث المستقبل أن تتساءل عن كيفية تفاعل هذه العوامل الثلاثة لإنتاج سلوك مضاد للمجتمع في البالغين. وتتطلب الإجابة على هذا السؤال دراسة طولية لتتبع النواتج الهرمونية، وأنماط تناول الكحول، وتطور مناطق الدماغ، في مجموعة أطفال في خطر ومجموعة أطفال في خطر منخفض من فترة ما قبل البلوغ خلال المراهقة إلى بداية البلوغ.

---

(١٢) جهاز تشجيع الكحول alcohol reward system: يشمل ventral tegmental area (VTA) و nucleus accumbens، ويؤثر على الجابا GABA (gamma-aminobutyric acid).



الشكل ٨، ٢ تتفاعل هرمونات الجنس فى البلوغ، وتطور أماكن معينة فى الدماغ فى فترة البلوغ، استخدام الكحول والعقاقير الأخرى، لتنتج تأثيرات طويلة المدى على السلوك المضاد للمجتمع فى البالغين مقابل السلوك الاجتماعى.

الملخص والخلاصة:

توحى الأدلة التى قمنا بمراجعتها بأن اتحاد السمات المضادة للمجتمع والسمات الحدية يمثل خطورة مرتفعة بالنسبة للعنف، وأن هذه العلاقة تتم بواسطة الاندفاع الوجدانى. ويدعم الأدلة الفسيولوجية العصبية فكرة أن الاندفاع الوجدانى يعكس خللا وظيفيا فى مقدمة الفص الجبهى. ويوحى دليل حديث من بيولوجيا الأعصاب باحتمال أن يتأثر تطور دوائر عصبية تشمل الجزء المتوسط والجانبى من مقدمة الفص الجبهى، وهى مسئولة عن التنظيم الذاتى للوجدان، يتأثر بشكل سيئ بتعرض الدماغ للكحول فى فترة المراهقة، وربما للمواد الأخرى. ويفترض أن اختلال هذه الدوائر العصبية فى المراهقة يؤدى إلى الاستعداد للعنف الاندفاعى فى البالغين، الذى يحدث فى حالتى الوجدان الإيجابى والسلبى. ونحتاج إلى دراسات طولية للتأكد من هذا.

المراجع

1. Aluja, A., Cuevas, L., Garcia, L.F., Garcia, O. (2007) Zuckerman's personality model predicts MCMI-III personality disorders. Personality and Individual Differences, 42, 1311-21. doi: 10.1016/j.paid.2006.10.009.

2. Apter, M.J. (2005) Personality Dynamics: Key Concepts in Reversal Theory, Apter International, Loughborough, U.K.

3. Bakken, K., Landheim, A.S. and Vaglum, P. (2004) Early and late onset groups of substance misusers: Differences in primary and secondary psychiatric disorders. Journal of Substance Use, 9, 224-34.

4. Bates, A.T., Liddle, P.F., Kiehl, K.A. and Ngan, E.T.C. (2004) State dependent changes in error monitoring in schizophrenia. Journal of Psychiatric Research, 38, 347-56.

5. Bell, L., Rogers, R.D. and Coid, J. (2006) Gender Differences in DSPD Offenders. Paper presented at Research Conference, Dangerous and Severe Personality Disorder, November 2006, Leeds.

6. Birbaumer, N. (1999) Slow cortical potentials: plasticity, operant control, and behavioural effects. Neuroscientist, 5, 74-78.

7. Blackburn, R. (1971) MMPI dimensions of sociability and impulse control. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 37, 166.

8. Blackburn, R. (1974) Personality and Classification of Psychopathic Disorders. Special Hospitals Research Report, 10. Special Hospitals Research Unit, London.

9. Blackburn, R. and Coid, J.W. (1999) Empirical clusters of DSM-III personality disorders in violent offenders. Journal of Personality Disorders, 13, 18-34.

10. Blackburn, R. Logan, C. and Renwick, S.J.D. and Donnelly, J.P. (2005) Higher-order dimensions of personality disorder: hierarchical structure and relationships with the five-factor model, the interpersonal circle, and psychopathy. Journal of Personality Disorders, 19, 597-623.

11. Blackburn, R. and Renwick, S.J. (1996) Rating scales for measuring the interpersonal circle in forensic psychiatric patients. Psychological Assessment, 8, 76-84.

12. Blanchard, D.C. and Blanchard, R.J. (2003) What can animal aggression tell us about human aggression? Hormones and Behavior, 4, 171-77.

13. Brown, D., Fenwick, P.B.C. and Howard, R.C. (1989) The contingent negative variation (CNV) in Go/ No Go avoidance situation: relationships with personality and subjective state. International Journal of Psychophysiology, 7, 5-45.

14. Carlson, S.R., Mclarnon, M.E. and Iacono, W.L. (2007) P300 amplitude, externalizing psychopathology, and earlier-versus later-onset substance-use disorder. Journal of Abnormal Psychology, 116, 565-77.

15. Coid, J. (1992) DSM-III in criminal psychopathy: a way forward. Criminal Behaviour and Mental Health, 2, 78-94.

16. Coid, J., Kahtan, N., Gault, S. and Jarman, B. (1999) Patients with personality disorder admitted to secure forensic psychiatric services. British Journal of Psychiatry, 175, 528-36.

17. Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., et al. (2006b) Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain, British Journal of Psychiatry, 188, 423-31.

18. Crews, F.T., Braun, C.J., Hoplight, B. et al. (2000) Binge ethanol consumption causes differential brain damage in young adolescent rats compared with adult rats. Alcohol: Clinical and Experimental Research, 24, 1712-23.

19. Crews, F.T., Mdzinarishvili, A., Kim, D. et al. (2006) Neurogenesis in adolescent brain is potently inhibited by ethanol. Neuroscience, 137, 437-45.

20. De Bruijn, E.R.A., Grootens, K.P., Verkes, R.J., Buchholz, V., Hummelen, J.W. and Hulstijn, W. (2005) Neural correlates of impulsive responding in borderline personality disorder: ERP evidence for reduced action monitoring. Journal of Psychiatric Research, 40, 428-37.

21. Dikman, Z.V. and Allen, J.J.B. (2000) Error monitoring during reward and avoidance learning in high- and low-socialized individuals. Psychophysiology, 37, 43-52.

22. Douglas, K.S. and Skeem, J.L. (2005) Violence risk assessment. Getting specific about being dynamic. Psychology, Public Policy and Law, 11, 347-83.

23. Giedd, J.N., Blumenthal, J., Jeffries, N.O. et al. (1999) Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. Nature Neuroscience, 2, 861-63.

24. Gray, J.A. (1981) A critique of Eysenck's model of personality, in A Model for Personality (ed. H.J. Eysenck), Springer, New York, pp. 246-76.

25. Hall, J.R., Bernat, E.M. and Patrick, C.J. (2007) Externalizing psychopathology and the error-related negativity. Journal of Abnormal Psychology, 18, 326-33.

26. Hare, R.D. (2003) The Hare Psychopathology Checklist- Revised, 2nd edn, Multi-Health Systems Inc. Toronto.

27. Harris, G.T., Rice, M.E. and Cormier, C.A. (1991) Psychopathy and violent recidivism. Law and Human Behavior, 20, 625-37.

28. Howard, R.C. (2001) Bringing brain events to mind: functional systems and brain event-related potentials. Journal of Psychophysiology, 15, 69-79.

29. Howard, R.C. (2006) How is personality disorder linked to dangerousness? A putative role for early-onset alcohol abuse. Medical Hypotheses, 67, 702-8.

30. Howard, R.C., Fenton, G.W.F. and Fenwick, P.B.C. (1982) Event-Related Brain Potentials in Personality and Psychopathology: A Pavlovian Approach, John Wiley & Sons, Ltd, Research Studies Press, Letchworth.

31. Howard, R.C., Huband, N., Mannion, A. and Duggan, C. (2008) Exploring the link between personality disorder and criminality in community sample. Journal of Personality Disorders, 22, 589-603.

32. Howard, R.C. and Lumsden, J. (1996) A neurophysiological predictor of re-offending in Special Hospital patients. Criminal Behaviour and Mental Health, 6, 147-56.

33. Howard, R.C. and Lumsden, J. (1997) CNV predicts violent outcomes in patients released from special hospital. Criminal Behaviour and Mental Health, 7, 237-40.

34. Howard, R.C. and Menkes, D.B. (2007) Changes in brain function during acute cannabis intoxication: preliminary findings suggest a mechanism for cannabis-induced violence. Criminal Behaviour and Mental Health, 17, 113-17.

35. Huband, N., McMurran, M., Evans, C. and Duggan, C. (2007) Social problem solving plus psychoeducation for adults with personality disorder: a pragmatic randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry, 190, 307-13.

36. Johnson, P.A., Hurley, R.A., Benkelfat, C. et al. (2003) Understanding emotional regulation in borderline personality disorder: contributions of neuroimaging. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience, 15, 397-402.

37. Justus, A.N., Finn, P.R. and Steinmetz, J.E. (2001) P300, disinhibited personality, and early-onset alcohol abuse. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 25, 1457-66.

38. Kamarajan, C., Projesz, B., Jones, K.A. el al. (2005) Spatial anatomical mapping of NoGo-P3 in the offspring of alcoholics: evidence of cognitive and neural disinhibition as a risk for alcoholism. Clinical Neurophysiology, 116, 1049-61.

39. Krueger, R.F., Markon, K.E., Patrick, C.J. et al. (2007) Linking antisocial behavior, substance use, and personality: an integrative quantitative model of the adult externalizing spectrum. Journal of Abnormal Psychology, 116, 645-66.

40. Millon, T. (1987) Millon Clinical Multiaxial Inventory-II, National Computer Systems, Inc.

41. Miller, J., Flory, K., Lynam, D., and Leukefeld, C. (2003) A test of the four-factor model of impulsivity-related traits. Personality and Individual Differences, 34, 1403-18.

42. Mullen, P.E. (1992) Psychopathy: a developmental disorder of ethical action. Criminal Behaviour and Mental Health, 2, 234-44.

43. Neo, L.H., McCullagh, P. and Howard, R.C. (2001) An electrocortical correlate of a history of alcohol abuse in criminal offenders. Psychology, Crime and Law, 7, 105-17.

44. Niveau, G. and Dang, C. (2003) Cannabis and violent crime. Medicine, Science and the Law, 43, 115-21.

45. Ogloff, J.R.P. and Daffern, M. (2006) The dynamic appraisal of situational aggression: an instrument to assess risk of imminent aggression in psychiatric patients. Behavioral Sciences and the Law, 24, 799-813.

46. Oya, H., Adolphs, R., Kawasaki, H. et al. (2005) Electrophysiological correlates of reward prediction error recorded in the human prefrontal cortex. Proceedings of the National Academy of Sciences, 102, 8351-6.

47. Patrick, C.J., Bernat, E.M., Malone, S.M. et al. (2006) P300 amplitude as an indicator of externalizing in adolescent males. Psychophysiology, 43, 84-92.

48. Porter, S. and Woodworth, M. (2006) Psychopathy and aggression, in Handbook of Psychopathy (ed. C.J. Patrick), Guilford, New York, pp. 481-94.

49. Rosahl, S.K. and Knight, R.T. (1995) Role of prefrontal cortex in generation of the contingent negative variation. Cerebral Cortex, 2, 123-34.

50. Sarkar, J. and Adshead, G. (2006) Personality disorders as disorganisation of attachment and affect regulation. Advances in Psychiatric Treatment, 12, 297-305.

51. Shapiro, D. (1995) Neurotic Styles, Basic Books, New York.

52. Sircar, R. and Sircar, D. (2006) Repeated alcohol treatment in adolescent rats alters cortical NMDA receptor. Alcohol, 39, 51-58.

53. Sisk, C.L. and Zehr, J.L. (2005) Pubertal hormones organize the adolescent brain and behavior. Frontiers in Neuroendocrinology, 26, 163-74.

54. Slawecki, C.J., Beatncourt, M., Cole, M. and Ehlers, C.L. (2001) Periadolescent alcohol exposure has lasting effects on adult neurophysiological function in rats. Development Brain Research, 128, 63-72.

55. Strehl, U., Leins, U., Goth, G. et al. (2006) Self-regulation of slow cortical potentials: a new treatment for children with attention-deficit/ hyperactivity disorder. Pediatrics, 118, e1530-40.

56. Ullrich, S. and Marneros, A. (2004) Dimensions of personality disorders in offenders. Criminal Behaviour and Mental Health, 14, 202-13.

57. Ullrich, S. and Marneros, A. (2007) Underlying dimensions of ICD-10 personality disorders: risk factors, childhood antecedents, and adverse outcomes in adulthood. Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 18 (1), 44-58.

58. von Bertalanffy, O. (1968) General System Theory: Foundations, Development, Applications, George Braziller, New York.

59. Watzke, S., Ullrich, S. and Marneros, A. (2006) Gender- and violence-related prevalence of mental disorders in prisoners. European Archives of Psychiatry and clinical Neuroscience, 256, 414-21.

60. White, A.M. and Swartzwelder, S. (2005) Age-related effects of alcohol on memory and memory-related brain function in adolescents and adults. Recent Developments in Alcohol, 17, 161-76.

61. Whiteside, S.P. and Lynam, D.R. (2001) The five factor model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. Personality and Individual Differences, 30, 669-89.

62. Whiteside, S.P. and Lynam, D.R. (2003) Understanding the role of impulsivity and externalizing psychopathology in alcohol abuse: application of the UPPS impulsive behaviour scale. Experimental and Clinical Psychopharmacology, 11, 210-17.

63. Wingrove, J. and Bond, A.J. (1997) Impulsivity: a state as well as trait variable. Does mood awareness explain low correlation between trait and behavioural measures of impulsivity? Personality and Individual Differences, 22, 333-39.

64. Zuckerman, M., Kuhlman, D.M., Teta, P. et al. (1993) A comparison of three structural models of personality: the big three, and the alternative five. Journal of Personality and Social Psychology, 65, 757-68.

الفصل التاسع

معالجة معلومات التعبير الانفعالى في السيكوباتيين

ر. جيمس ر. بلير
المعهد القومي للصحة الذهنية،
الولايات المتحدة الأمريكية

المقدمة

يسعى الفصل الحالى إلى تناول قدرة السيكوباتيين على معالجة التعبيرات الانفعالية لدى الآخرين. وهذه القدرة مهمة لأن الاستجابة للتعبيرات الانفعالية الصادرة عن الآخرين حاسمة فى الأوجه الأساسية للمشاركة الوجدانية فى السلوك الاجتماعى. ويبدو من المحتمل أن الاختلال الانتقائى فى معالجة معلومات التعبير، الذى يشاهد فى السيكوباتيين، يؤدى إلى مشاكل فى سلوكهم الاجتماعى، وبالتالى إلى نشأة اضطرابهم.

لهذا البحث ثلاثة أهداف. أولا، تناول الاستجابة الأساسية للتعبيرات الانفعالية فى المستوى الرفيع؛ أى ما قد تكون عليه عملية المشاركة الوجدانية. ثانيا، تناول طبيعة الخلل فى الاستجابة للتعبيرات الانفعالية لدى الآخرين، الخلل الذى يُشاهَد فى السيكوباتيين؛ أى طبيعة الخلل فى السيكوباتية. ثالثا، تناول النتائج التطورية للخلل فى

الاستجابة للتعبيرات الانفعالية لدى الآخرين، الذى يُشاهَد فى السيكوباتيين؛ أى سبب ظهور الخلل من منظور خلقى.

المشاركة الوجدانية

استُخدِم مصطلح المشاركة الوجدانية عمومًا للإشارة إلى عمليات يستخدم فيها ملاحظٌ معلوماتٍ عن الحالة الداخلية لشخص آخر. وهناك تنوع واسع فى تعريفات المشاركة الوجدانية. يقصره البعض على أخذ المنظور المعرفى لشخص آخر (يعرف أيضا بنظرية العقل Theory of Mind)[١] بوصفه شكلا من أشكال المشاركة الوجدانية (29). بينما يشترط البعض ضرورة حدوث تفاعل انفعالى، مماثل للحالة الوجدانية لدى الآخر (27). وأتتبع هنا مناقشة سابقة (12) حول ضرورة تصنيف "المشاركة الوجدانية" ضمن مختلف أشكال العمليات المعرفية العصبية غير الاجتماعية، ويمكن تحديد ثلاثة أقسام رئيسية، يعتمد كل منها على الأقل على أنظمة عصبية غير اجتماعية جزئيا: مشاركة وجدانية حركية ومعرفية وانفعالية. تحدث المشاركة الوجدانية الحركية حين يعكس الفرد صورة الاستجابات الحركية لدى الفاعل الملاحَظ. ويستخدم مصطلح المشاركة الوجدانية المعرفية حيث يتصور شخص الحالة الذهنية الداخلية لشخص آخر (معتقداته وأفكاره ومقاصده)، ويمكن اعتبارها مرادفا لنظرية العقل (انظر (35)). ولا ترتبط المشاركة الوجدانية الحركية أو المعرفية بما نتناوله هنا، ومن ثم لن نتناولهما أكثر من ذلك.

يرتبط فهم المشاركة الوجدانية الانفعالية، الاستجابة الانفعالية للحالة الانفعالية لشخص آخر، بالسيكوباتية بقوة. لكن هناك تنوعًا فى الأوضاع المتعلقة بالمعمار

(١) نظرية العقل Theory of Mind: القدرة على نسبة الحالات الذهنية – المعتقدات والنوايا والرغبات، إلخ.– للمرء وللآخرين، وفهم أن الآخرين لهم معتقداتهم ونواياهم ورغباتهم المختلفة عما يخص المرء.

المعرفى العصبى الذى يتوسط المشاركة الوجدانية الانفعالية. ونتناول ثلاثة أوضاع فيما يلى: وضع مرآة الخلايا العصبية، والوضع المماثل لمرآة الخلايا العصبية، ووضع الاستجابة الانفعالية.

المشاركة الوجدانية الانفعالية: وضع مرآة الخلايا العصبية:

يأتى مصطلح "**مرآة الخلايا العصبية** *mirror neurons*" من الأبحاث فى مجال الرئيسات primates غير البشرية، ويشير إلى خلايا عصبية يُعتقَد أنها تستجيب حين يؤدى فردٌ عملا معينًا هادفًا، وحين يلاحظ فردًا آخر يؤدى العمل نفسه، أو يؤدى عملا مماثلا (على سبيل المثال، (81)). وعلى أساس التداخل فى المناطق المجندة للقيام بالحركات، وعند رؤيتها، وقد حُدِّدت بصور الرنين المغناطيسى الوظيفى fMRI، يفترض أن هناك جهازًا إنسانيا لمرآة الخلايا العصبية يشمل أجزاء من الجزء السفلى من الفص الجبهى والجزء الخلفى من الفص الجدارى (47). وتكمن الأهمية الأساسية لهذه الفرضية فى أن ملاحظة فعل تنشط الأجزاء ذاتها من لحاء الشبكة العصبية التى تنشط عند القيام به (36).

ويُفترَض أن مرآة الخلايا العصبية والجهاز الإنسانى لمرآة الخلايا العصبية هما أساس المشاركة الوجدانية الانفعالية فى التعليقات على آلية عملية الإدراك (28 و29 و 47 و78). وقد قدم كار Carr وآخرون (19) دليلا مباشرًا. شاهد المشاركون فى هذه الدراسة تنبيهات الوجه، أو شاهدوا تنبيهات وجه وطُلِب منهم أن "يولِّدوا داخليا الانفعال المطلوب" (19). ذكر كار وآخرون أن تقليد الانفعال ورؤيته "نشَّطا شبكة مماثلة عمومًا من مناطق الدماغ."

لكن هناك مشاكل عديدة للتعليقات على عملية الإدراك فى المشاركة الوجدانية الانفعالية (قارن، (12)). بشكل خاص، فى الدراسة التى بقيت باعتبارها تقدم أقوى دليل مباشر (19) قصور واضح، يشمل (أ) من الصعب قياس مدى تماثل الشبكات

حيث لم يُستخدَم تحليل الارتباط؛ (ب) تضمنت الحالتان رؤية تنبيهات الوجه، ومن ثم لا تكون درجة تداخل الاستجابة العصبية مدهشة؛ (ج) ذكرت دراسة ثانية بتصوير الجهاز العصبى للموضوع نفسه **انفصالا** بين الأجهزة العصبية المتضمنة فى تقليد الوجه وتلك المتضمنة فى الاستجابة لتعبير مرئى (56).

توجد صعوبات إضافية، أكثر عمومية، فى التعليقات على عملية الإدراك فى المشاركة الوجدانية الانفعالية. على سبيل المثال، معظم الدراسات التى تفحص الاستجابات المعتمدة على مستوى أكسجين الدم (BOLD؛ مقياس غير مباشر للنشاط العصبى) لتنبيهات تعبيرية لا تحدد نشاطًا فى مناطق تُعتبَر مكونة لجهاز مرآة الخلايا العصبية فى الإنسان (انظر (69)). إضافة إلى ذلك، يبدو أن تعليقًا على عملية الإدراك فى المشاركة الوجدانية الانفعالية يتنبأ بالضرورة بأن التفاعل الانفعالى لانفعال الملاحَظ يتطابق مع التفاعل الانفعالى للملاحِظ. ثمة إيحاء بأن "إدراك سلوك معين فى شخص آخر ينشط تلقائيا تصورات المرء لذلك السلوك" (28، ص ٧٥). بتعبير آخر، ينبغى أن تنشط تكشيرة ألم على وجه شخص آخر استجاباتٍ مماثلةً للألم الذى يشعر به المرء. وكثيرًا ما يكون الحال كذلك (انظر ما يلى)، لكنه ليس كذلك دائما. فى دراسة حديثة، لم تشاهَد استجابات عصبية تشبه الألم إلا فى أشخاص ملاحَظين يتألمون سبق لهم التفاعل مع أشخاص بشكل مناسب فى "لعبة مأزق السجين" (86)[٢]. إذا لوحظ أن المتألمين تصرفوا من قبل بشكل جائر مع بعض الذكور، لا تُشاهَد استجابات مشاركة وجدانية تشبه الألم مع الأفراد الملاحَظين. وكان هناك تعزيز من مناطق تستجيب لتنبيهات التشجيع. وهذه البيانات الأخيرة خاصةً تطرح مشاكل خطيرة فى التعليق على عملية الإدراك فى المشاركة الوجدانية. لا يمكن أن يفسر مثل هذا التعليق كيف أن السياق (إذا كان الفرد الملاحَظ منصفًا أم جائرًا) يحدد إن كان الانفعال الذى شعر به متطابقا (ألم فى الملاحَظ والملاحِظ) أم غير متطابق (ألم فى الملاحَظ ولذة فى الملاحِظ).

(٢) لعبة مأزق السجين Prisoner's Dilemma game: مشكلة أساسية فى نظرية الألعاب توضح لماذا قد لا يتعاون اثنان حتى إذا كان هذا التعاون أفضل لهما كليهما.

باختصار، يبدو التعليق المعتمد على مرآة الخلايا العصبية عن المشاركة الوجدانية الانفعالية غير كافٍ.

المشاركة الوجدانية الانفعالية: الوضع المماثل لمرآة الخلايا العصبية:

ثمة تعليق ثانٍ عن المشاركة الوجدانية الانفعالية يشير إلى مرآة الخلايا العصبية. يستخدم هذا التعليق مفهوم مرآة الخلايا العصبية بشكل مماثل (27 و 36). وبدل الارتباط بإدراك الفعل، يؤكد التعليق على التداخل فى مناطق تنشط والفرد فى حالة انفعالية معينة، وحين يشاهد فرداً آخر فى تلك الحالة. ويفترض أن هناك آلية عاكسة مماثلة، تقيم جسراً بين خبرات الشخص الأول والثالث، توجد أيضًا بالنسبة للانفعالات (36). على سبيل المثال، "حين نشهد تعبيرات الاشمئزاز على وجه شخص آخر، ينشط جزء من جزيرتنا insula، وينشط أيضًا حين نشعر بالاشمئزاز" (36، ص ٤٠٠). وتتمثل الفكرة فى أن "دماغ الإنسان مزود ببنى تنشط أثناء خبرة الشخص الأول والثالث بالعمليات والانفعالات" (36، ص ٤٠٠).

أدى هذا التعليق الثانى، المؤسس على مرآة الخلايا العصبية عن المشاركة الوجدانية، إلى مجموعة مهمة من الأعمال المرتبطة بالاستجابة لفرد آخر يتألم. يظهر الأفراد المعرضون لتنبيهات مؤلمة نشاطًا فى الجزء الخلفى من مقدمة المطوقة، والجزيرة والمركز الحركى الحسى somatosensory الأساسى (76 و 80). ويرتبط أيضًا التعرض لألم شخص آخر، سواء رؤية يد شخص آخر توخز بإبرة (49 و50 و68 و85)، أو تعبير ألم على وجهه (17)، بنشاط فى الجزء الخلفى من مقدمة المطوقة والجزيرة، لا فى المركز الحركى الحسى الأساسى. ومن المهم أن فى دراسة تشمل استكشاف الأقطاب الدقيقة microelectrodes لمقدمة المطوقة فى ١١ مريضًا تم استئصال المطوقة لهم على الجانبيين، بسبب الاكتئاب المزمن أو اضطراب الوسواس القهرى، تم تسجيل خلية فى أحد هؤلاء المرضى تظهر استجابات لوخز الشخص نفسه بدبوس، وأيضًا

حين يلاحظ وخز آخرين بدبابيس (46). وبشكل مماثل، كشفت دراسة تفحص الاستجابات لروائح منفرة، وأفراد آخرون يشمون محتويات كأس ويظهر عليهم الاشمئزاز، عن نشاط المنطقة ذاتها فى مقدمة الجزيرة فى كل منهما (91). ومما هو جدير بالمناقشة أن تحليلات الارتباط أوحت بأن الجزء الخلفى من مقدمة المطوقة، الذى يستجيب لألم الشخص نفسه، تستجيب أيضًا لآلام الآخرين (68 و 91). لكن ينبغى ملاحظة أن العمل الأخير أشار إلى أن هذا ناتج عن تمهيد المكان فى تحليل صور الرنين المغناطيسى الوظيفى، وأن تلك المنطقة من الجزء الخلفى من مقدمة المطوقة، التى تستجيب لألم الشخص المتألم، وتستجيب أيضًا لألم الآخرين، قد تكون على الأقل غير اجتماعية جزئيا (67).

توضح بيانات سنجر وزملائه (86) أن الاستجابة للألم ظهرت فقط فى الملاحَظين الذين يتألمون إذا كان لهم رفاق منصفون فى لعبة مأزق السجين، مما يمثل إشكالية أيضًا للوضع المماثل لمرآة الخلايا العصبية؛ من الواضح أن استجابة المشاركة الوجدانية ليست انعكاسًا تلقائيا للحالات الانفعالية للأفراد الملاحَظين. فى الحقيقة، لتأمل هذه الصورة وسَّع سنجر وزملاؤه الوضع للتأكيد على دور مهم لعمليات التقييم فى المشاركة الوجدانية (27). تناولوا نموذجين: نموذجًا عدلت فيه عمليات التقييم استجابة المشاركة الوجدانية التلقائية، ونموذجًا يتم فيه تقدير الإشارة الانفعالية والسياق الانفعالى بعمليات التقييم، التى تولد حينذاك الاستجابة الانفعالية.

باختصار، للوضع المماثل لمرآة الخلايا العصبية فى المشاركة الوجدانية الانفعالية أهميته. والمشكلة الأساسية التى تواجه هذا الوضع قدرته التفسيرية. بشكل خاص، بينما قد يقدم هذا الوضع تعليقا على المشاركة الوجدانية الانفعالية لمواقف يُلاحَظ فيها شخص، فماذا عن المواقف التى تقتصر على وصف الفرد لغويا؟ يبدو أن الناس قادرون على توليد تفاعلات المشاركة الوجدانية الانفعالية لمثل هذه التنبيهات (قارن (4)).

المشاركة الوجدانية الانفعالية: وضع الاستجابة الانفعالية:

بدل الإشارة إلى التماثل مع مرآة الخلايا العصبية، تهتم رؤية المشاركة الوجدانية، المؤسسة على الانفعال، بأن تفاعل المشاركة الوجدانية ببساطة شكل من أشكال الاستجابة الانفعالية (11 و 12)؛ أى إن التعبير الانفعالى تنبيه شرطى، أو غير شرطى، ينشط المواضع المرتبطة بالانفعال، سواء لأنه محدد فطريا أو نتيجة لتعلُّم سابق. ومن المهم، طبقًا لهذا الوضع، أنه لا يوجد شيء يختلف اختلافًا جوهريا فى الاستجابة الأساسية لنمر أو صدمة كهربية. ويمكن لفرد أن يجرب الخوف لأنه تعرض لنمر، أو مربع أزرق ارتبط من قبل بصدمة كهربية، أو تعبير خوف من فرد آخر يشاهد نمرًا أو مربعًا أزرق. يتمثل الاقتراح فى أن المعمار المعرفى العصبى الذى يستهل الاستجابة الانفعالية فى الحالات الثلاث جميعا متماثلٌ. وقد تكون هناك اختلافات فى الخبرة الانفعالية للملاحِظ فى كل هذه الأحداث. لكننا نبرهن هنا على أن الاختلافات قد تكون نتيجة تفكير فى الأسباب بأنها جزء من الخبرة الشعورية، ولن نتناولها هنا أكثر فى غياب نموذج كافٍ للشعور.

عُرِّفت الانفعالات بأنها "حالات تستثيرها أشكال المكافأة والعقاب، بما فى ذلك تغير أشكال المكافأة والعقاب" (82، ص ٦٠). إن التعبيرات الانفعالية من هذا المنظور "معززات تعدِّل احتمالية القيام بسلوك معين فى المستقبل" (11، ص ٥٦٤). وتعتبر التعبيرات الانفعالية معززات أولية؛ ويعتقد، على سبيل المثال، أن الوجوه الخائفة، إذا عولجت، محددة فطريا لاستهلال حالة شرطية منفرة والوجوه السعيدة لاستهلال حالة شرطية مرغِّبة (11 و 12). وإذا وضعنا فى الاعتبار الدعاوى المتعلقة بقدرة المعالجة المحببة الخشنة coarse grained للأجهزة تحت اللحاء subcortical، التى يحتمل أنها تقدم هذه المعلومات المحدَّدة جينيًا (انظر (٨٩))، ويحتمل أن تصبح التصورات الأغنى لتعبيرات الوجه، المنقولة من خلال معالجة الفص الصدغى، معززات ثانوية أيضًا (تكتسب وضعها، وضع المكافأة/ العقاب، بالتزاوج مع معلومات أولية تُعالَج بشكل رديء) (انظر (١١)؛ (١٢)).

ويعتقد أن الأفراد يظهرون تفاعلات انفعالية لتنبيهات، تُمثِّل فى الفص الصدغى، وقد تكون فى ذاتها معززات أولية، أو ارتبطت من قبل بالتعزيز. ويمكن أن تكون هذه التنبيهات غير اجتماعية (على سبيل المثال، الأسنان الكبيرة للنمر أو المربع الأزرق)، أو اجتماعية (على سبيل المثال، تعبير شخص آخر عن الخوف أو وصف حدث مرعب عانى منه شخص آخر). إذا كانت اجتماعية، يمكن أن يُعتبَر تنشيط الاستجابة الانفعالية الناجمة مشاركة وجدانية. ومن المهم أن "التنبيهات الانفعالية" ليست تلقائية، بل تخضع لقدر كبير من الضبط المتعمد من أعلى إلى أسفل (يعتقد أنها تنقل بواسطة المناطق الجانبية من الفص الجبهى والفص الجدارى). وتجلَّى هذا فى الدراسة الرائعة التى قام بها سنجر Singer، وتوضح أن استجابة الألم تلاحَظ فقط فى المتألمين إذا كان لهم رفاق منصفون فى لعبة مأزق السجين (إذا كانوا رفاقًا غير منصفين، ينشط المهم الظاهر مناطق متضمِّنة فى معالجة المكافأة فى المشاركين الذكور) (27). وتبين ذلك أيضًا فى الاستجابة لتعبيرات الخوف. وتقلل المناورات المتعمدة التى تقلل معالجة تعبيرات الخوف استجابة اللوزة لهذه التعبيرات (63 و 75).

المشاركة الوجدانية الانفعالية باعتبارها استجابة انفعالية:

جهاز موحد أم أجهزة متعددة؟

نُسِب باحثون متنوعون، صراحة أو ضمنيا، إلى النماذج الموحدة للانفعال. والمثال الذى يقدم لهذا التقليد نظرية الجهاز الطرفى للانفعال التى وضعها ماكلين MacLean (59)، ويمكن رؤية ذلك فى أعمال أحدث أيضًا (23 و 51). ودارت مناقشات حول مواضع بديلة لنماذج الأجهزة المزدوجة؛ أى على الأقل أجهزة منفصلة جزئيا لمعالجة الانفعالات الإيجابية والسلبية (على سبيل المثال، (24)). ثمة تقليد ثالث دارت حوله مناقشات بالنسبة لأجهزة متعددة للانفعال (11 و32 و48). وظهر التباعد فى الآراء فى التعبير عن أدبيات المعالجة فى مناقشة إن كانت أجهزة عصبية مختلفة تعالج تعبيرات

انفعالية مختلفة. وكانت هناك اقتراحات، على سبيل المثال، بأن اللوزة تستجيب لكل التعبيرات الانفعالية (34 و 92)، ولم تدعم أعمال أخرى هذا الرأى (9 و54 و66). لكن مراجعة تحليلية جمعية رسخت هذه المناظرة جزئيا بالإقرار بأن الاستجابات المعتمدة على مستوى أكسجين الدم، والمرتبطة بالخوف والاشمئزاز والغضب، مختلفة بشكل دال عن بعضها البعض، وعن الاستجابة المعتمدة على مستوى أكسجين الدم للتعبيرات السارة (69).

وبافتراض أن هناك على الأقل استجابات عصبية منفصلة جزئيا للتعبيرات الانفعالية المختلفة، فإنه يجب تناول وظيفة هذه الأجهزة المنفصلة. على سبيل المثال، يقترح رأى مؤثر أن "اللوزة تراقب البيئة من أجل تنبيهات تشير إلى زيادة احتمال التهديد" وأن "مقدار تنشيط اللوزة قد يرتبط عكسيا بكمية المعلومات المتعلقة بطبيعة التهديد" (90، ص ١٨٠). إضافة إلى ذلك، تعتبر تعبيرات الخوف تهديدات أكثر التباسًا من تعبيرات الغضب، لأنها تقدم معلومات أقل عن مصدر التهديد، وتؤدى بالتالى إلى زيادة نشاط اللوزة.

ثمة رأى ثانٍ يقترح ضرورة اعتبار الأوجه الخائفة "معززات تعدل احتمال ممارسة سلوك معين فى المستقبل"، وتؤدى وظيفة التعزيز إلى تنشيط اللوزة (11، ص ٥٦٤). فى المقابل، قد "تقوم" تعبيرات الغضب "بإبلاغ الملاحِظ بالتوقف عن الفعل السلوكى الحالى" و"قد تعتبر مثيرات لانعكاس الاستجابة" (11، ص ٥٦٤). ومما يتوافق مع هذا الخط، أنه تبين أن الوجوه الغضبى تنشط مناطق فى الجزء السفلى من الفص الجبهى (69)، وهذه المناطق متورطة باستمرار فى انعكاس التعليم (18 و 20).

وفرت دراسة حديثة قام بها هوكر Hooker وزملاؤه (44) نقيضًا مباشرًا لهذه الآراء. فى هذه الدراسة، قُدِّمتْ لمشاركين أصحاء صورٌ لأفراد تظهر عليهم تعبيرات الخوف والسعادة تجاه أشياء جديدة (أى تهديدات محتملة)، أو فضاء فارغ (أى لم تُقدِّم معلومات عن طبيعة التهديد). إذا كان نشاط اللوزة يرتبط عكسيا بكمية المعلومات المتعلقة بطبيعة التهديد (أى يرتبط بزيادة الالتباس)، فينبغى إذن أن يكون النشاط أكبر

لتعبير الخوف حين يُقدَّم وحده، مقارنة به حين يقدم استجابةً لموضوع. وبشكل آخر، إذا كانت اللوزة تعتبر تعبيرات معينة معززات (أى مفاتيح لتعليم التنبيه-التعزيز)، فينبغى إذن أن تنشط اللوزة أكثر حين تكون ترتبط تنبيهات موضوع بتعزيز التعبير. وتدعم البيانات بوضوح الاقتراح الأخير؛ كان نشاط اللوزة أكبر بشكل دال حين ارتبطت تنبيهات موضوع مرتبطة بتعزيز التعبير (44).

باختصار، وكما لاحظ هوكر وزملاؤه، أشارت البيانات إلى أن "اللوزة تستخدم الإشارات الاجتماعية لتعرف بسرعة ومرونة ارتباطات التهديد والتشجيع" (ص ٨٩١٥).

وهكذا اقترحت المناقشة هنا أن التعبيرات الانفعالية معززات لها وظائف اتصال معينة، ناقلة معلومات معينة إلى الملاحِظ (11 و 12). ومن هذا المنظور، تُعرَّف المشاركة الوجدانية الانفعالية بأنها ترجمة الملاحِظ للاتصال. وتوحى البيانات باستجابة مناطق مختلفة فى الدماغ لأنواع مختلفة من المعززات. على سبيل المثال، للوزة دور حاسم فى التكيف المعتمد على الخوف (25 و 55). وهكذا، من غير المدهش أن تنشِّط تعبيراتُ الخوف اللوزةَ بشكل مميز (11). ويرجع ذلك إلى أن تعبيرات الخوف ربما تنقل المعلومات بسرعة إلى آخرين بوجود تنبيه جديد منفِّر، وضرورة تجنبه (62). والجزيرة، بشكل مماثل، أساسية لمعرفة المذاق المنفر (على سبيل المثال، (٢١)). وهكذا من غير المدهش أن تنشط التعبيراتُ المثيرة للاشمئزاز الجزيرةَ بشكل مميز (77 و 87). وكثيرا ما تقدم التعبيرات المثيرة للاشمئزاز معززات متكافئة عن الأطعمة (83)؛ وللاطلاع على مناقشة مستفيضة انظر بلير Blair (11 و 12).

تُستخدَم تعبيرات الغضبَ لبتر سلوك الآخرين عند انتهاك القواعد والتوقعات الاجتماعية (3). يبدو أنها تقوم بإخبار الملاحِظ بالتوقف عن تصرف حالى بدلا من ضرورة نقل معلومات عن ضرورة استهلال هذا العمل مستقبلا. بتعبير آخر، يمكن اعتبار تعبيرات الغضب مثيرات لانعكاس الاستجابة (18 و20 و71). والمهم أن مناطق مماثلة تنشط فى الجزء السفلى من الفص الجبهى بتعبيرات الغضب، وبانعكاس الاستجابة، باعتبارها وظيفة لتغير طارئ (9 و 87).

الاستجابة للتعبيرات الانفعالية

في السيكوباتية

فى الجزء الثانى من هذا الفصل، نتناول ثلاثة أسئلة. الأول، هل هناك مؤشرات لاختلال معالجة التعبير فى السيكوباتيين؟ الثانى، هل هناك مؤشرات لاختلال عام فى معالجة التعبيرات فى السيكوباتيين؟ الثالث، ما طبيعة الاختلال فى معالجة التعبير الذى يرى فى السيكوباتيين؟ ويتم تناول هذه الأسئلة بالترتيب.

هل هناك مؤشرات لاختلال معالجة التعبير في السيكوباتيين ؟

إن اختلال المشاركة الوجدانية، كما لاحظنا من قبل، من الخصائص المعرِّفة للسيكوباتية (41). وعلى هذا النحو، يمكن توقع درجة الخلل فى معالجة التعبيرات الانفعالية للآخرين فى المصابين بهذا الاضطراب. واستُخدِمتْ ثلاثة مناهج رئيسية لفحص معالجة التعبير فى السيكوباتية. وأشارت معظم الدراسات إلى القدرة على معالجة التعبيرات الانفعالية بالتعرف على معدلات الانفعال (10و31 و37 و53). وأشارت دراسات إلى استجابات اتصال الجلد لتنبيهات التعبير (٢؛ ١٤)، أو الاستجابات المعتمدة على مستوى أكسجين الدم (30 و38 و61)[٣].

فى أدبيات التعرف على التعبير، وُجِدتْ تقارير مفردة عن عدم وجود خلل فى التعرف على التعبير، أو حتى التعرف التام على تعبيرات الخوف، فى السيكوباتيين فى بعض الحالات (37). وذكرت بعض الدراسات، بشكل أكثر اتساقًا، أدلة على اختلال التعرف على التعبير فى السيكوباتيين وذوى الميول السيكوباتية دون الإكلينيكية (على

---

(٣) استجابات اتصال الجلد skin conductance responses : من أسرع مقاييس الاستجابة للتوتر، ومن أقوى المقاييس الفسيولوجية لنشاط الجهاز العصبى التلقائى ANS. وربط سيلى Selye وآخرون استجابة اتصال الجلد بالتوتر واستثارة الجهاز العصبى التلقائى.

سبيل المثال، (13) و (15) و (53) و (65)). إضافة إلى ذلك، وصف تحليل جمعى لهذه الأدبيات، التى اشتملت على نتائج من أناس يتسمون بعدوانية إجرائية بالأساس، دليلا واضحا على اختلال التعرف على التعبير فى سيكوباتيين (60). إضافة إلى ذلك، ذكرت دراسات استجابة اتصال الجلد، بشكل متسق نسبيا، انخفاض الاستجابات التلقائية لكرب الآخرين فى السيكوباتيين (2 و9 و14 و45). وبشكل مماثل، ذكرت دراسات قليلة، فحصت الاستجابات العصبية عن طريق الاستجابات المعتمدة على مستوى أكسجين الدم، استجابة شاذة لتنبيهات التعبير (انظر ما يلى) فى ذوى الميول السيكوباتية (30 و38 و61).

باختصار، توجد مؤشرات قوية على وجود اختلال فى التعرف على التعبير السيكوباتيين.

هل هناك مؤشرات لاختلال عام في معالجة التعبيرات في السيكوباتيين؟

تتطلب النماذج الأحادية للمشاركة الوجدانية، من قبيل التعليق على عملية الإدراك (28 و29 و47 و78)، أن الاضطراب فى المشاركة الوجدانية الانفعالية، كما هو الحال فى السيكوباتية، ينبغى أن يظهر اختلالا عاما فى معالجة التعبير. وينبغى أن تفسد مرآة الخلايا العصبية الضرورية للاستجابة للتعبيرات الانفعالية. ووجدت هذه التعليقات صعوبة فى تفسير الاختلال الانتقائى فى المعالجة الانفعالية، واعتبرت أن جهازا واحداً يعالج كل التعبيرات (قارن (١٩)). هل يمكن أن يكون هناك اختلال عام فى السيكوباتية فى معالجة التعبير الانفعالى لدى الآخرين؟

عبر الدراسات التى تفحص التعرف على التعبير، كانت هناك تقارير عن اختلال معالجة أنواع من التعبيرات فى السيكوباتيين. وكانت هناك تقارير عن اختلال التعرف على تعبيرات الحزن والخوف (10 و 31) والاشمئزاز (53). وربما يشير هذا إلى وجود تعرف عام على التعبير فى السيكوباتيين. لكن ينبغى ملاحظة أن نتائج عيوب التعرف

على تعبيرات الخوف أكثر شيوعًا من عيوب التعرف على تعبيرات الحزن (على سبيل المثال، (١٣)؛ (١٥)؛ ٢٢؛ ٣١؛ ٦٥). إضافة إلى ذلك، لوحظ اختلال تعبيرات الاشمئزاز فقط في دراسة واحدة، وفقط حين استجاب المشاركون بأيديهم اليسرى، ولم يلاحظ حين استجابوا باليمنى (٥٣). إضافة إلى ذلك، لم تجد نتائج تحليل جمعي حديث دليلا على اختلال التعرف على تعبيرات الغضب أو الاشمئزاز أو السعادة أو الدهشة. ووجد هذا التحليل اختلالا دالا في تعرف السيكوباتيين على تعبيرات الخوف فقط، وبشكل أقل، على تعبيرات الحزن (٦٠).

إن الدراسات التي تفحص استجابات اتصال الجلد، والاستجابات المعتمدة على مستوى أكسجين الدم، كانت عموما أقل فائدة فيما إن كان اختلال معالجة التعبير في السيكوباتية عاما أم انتقائيا. بحثت فقط أدبيات اتصال الجلد بدقة استجابة السيكوباتيين لإشارات الكرب، ولم تفحص تنبيهات التعبيرات الأخرى إضافة إليها (٢؛ ٩؛ ١٤؛ ٤٥). وتضمنت دراستان تعبير الغضب في مجموعة مقارنة تنبيهات "التهديد"، ولم تجدا دليلا على انخفاض استجابات اتصال الجلد لهذه التنبيهات في السيكوباتيين (9 و 14)، وهي نتيجة مماثلة لنتائج باتريك Patrick وزملائه (57 و 47). لكن لم تُفحَص الاستجابة لتعبيرات غضب منعزلة. وبشكل مماثل، انهارت تماما الدراسات التي تفحص الاستجابات المعتمدة على مستوى أكسجين الدم عبر فئات التعبير (30 و 38)، ولم تقدم فائدة لهذه القضية. لكن مارش Marsh وزملاءه (61) لاحظوا أن استجابة الأطفال السيكوباتيين جاءت شاذة استجابةً لتعبيرات الخوف فقط، وليس لتعبيرات الغضب أو التعبيرات المحايدة. وتتفق هذه البيانات بوضوح مع بيانات التعرف على التعبير، وتدعم اقتراح الخلل الانتقائي.

ثمة مجموعة من النتائج، أو عدم النتائج، جديرة بالملاحظة من دراسات صور الرنين المغناطيسي الوظيفي. إذا كانت السيكوباتية مرتبطة باختلال جهاز مرآة الخلايا العصبية، فينبغي وجود اختلال في جهاز مرآة الخلايا العصبية في السيكوباتيين عند الاستجابة لتعبيرات انفعالية. لكن لا توجد بيانات تشير إلى أن الحال على هذا النحو.

لم يظهر ذوو الميول السيكوباتية مؤشرات على انخفاض النشاط فى جهاز مرآة الخلايا العصبية فى الإنسان فى أى من الدراسات الثلاث التى فحصت الاستجابة لتنبيهات التعبير الانفعالى (30 و38 و61).

باختصار، لا توجد حاليا أسباب تجعلنا نؤمن بوجود خلل فى جهاز مرآة الخلايا العصبية فى السيكوباتيين. إضافة إلى ذلك، يبدو الخلل فى معالجة التعبير انتقائيا وليس عاما.

ما طبيعة الاختلال في معالجة التعبير في السيكوباتيين ؟

كما لاحظنا من قبل، أوضح تحليل جمعى حديث لبيانات التعرف على التعبير فى السيكوباتيين ومجموعات أخرى عدوانية بشكل إجرائى أن العيب انتقائى (60). اختلّ بشكل دال التعرف على تعبيرات انفعال الخوف، وبشكل أقل على الحزن. وفى المقابل، لم يكن هناك اختلال دال فى تعبيرات السعادة أو الدهشة أو الغضب أو الاشمئزاز.

توحى الطبيعة الانتقائية لاختلال التعرف على التعبير بدرجة من الخصوصية فى المناطق العصبية التى قد تختل وظيفيا فى المصابين بهذا الاضطراب. وارتبط بشكل خاص الاختلال فى معالجة تعبيرات الخوف بتلف اللوزة (1). إضافة إلى ذلك، أظهر تحليل جمعى أن اللوزة أكثر استجابة بشكل دال لتعبيرات الخوف مقارنة بالتعبيرات الأخرى (69). وربط باتريك Patrick (73) الخلل الوظيفى فى اللوزة أولا بنشأة السيكوباتية، وخضع تعليق عن هذا الاضطراب يركز على اللوزة لقدر كبير من التطور والتحسين (انظر ما يلى: (٦)؛ (١٠)؛ (١١)؛ (١٢)). وبشكل أحدث، وربط آخرون أيضاً الخلل الوظيفى فى اللوزة فى السيكوباتية (22 و51 و88).

وتتسق مع هذه الاقتراحات عن الخلل الوظيفى فى اللوزة فى السيكوباتية دراستان من ثلاث بصور الرنين المغناطيسى الوظيفى، تفحص الاستجابات المعتمدة على مستوى أكسجين الدم فى ذوى الميول السيكوباتية، لتنبيهات التعبير، وأظهرتا

نقصا فى نشاط اللوزة استجابة لتعبيرات الوجه (38 و 61). وسجلت الثالثة نقص استجابة تمييز فى اللحاء المغزلى fusiform cortex لتعبيرات الخوف مقارنة بالتعبيرات المحايدة فى السيكوباتيين (30). ولوحظ هذا النقص فى استجابة التمييز فى اللحاء المغزلى فى دراسة مارش Marsh وآخرين (61). يمكن توقُّع هذه البيانات إذا كان هذا الاضطراب مرتبطًا بخلل وظيفى فى اللوزة- فينبغى أن يكون هناك نقص فى تجهيز الصور المرتبطة بالانفعال فى الفص الصدغى بتنشيط متبادل للوزة (رغم أن مارش وآخرين (61) لاحظوا نقصًا فى نشاط اللوزة فقط).

باختصار، إن الخلل فى معالجة التعبير، الملاحظ فى السيكوباتية، انتقائى- تتأثر بشكل خاص الاستجابة لتعبيرات الخوف والحزن. ويبدو أن هذا الخلل يرتبط بخلل وظيفى فى اللوزة لوحظ فى المصابين بهذا الاضطراب.

النتائج التطورية لهذا الخلل الانتقائي في معالجة التعبير:

صعوبات السلوك الاجتماعي

تمت مناقشة أهمية الخلل فى معالجة التعبير، الملاحظ فى السيكوباتيين، فى ظهور الاضطراب، لأن الاستجابة الكافية لخوف الآخرين وحزنهم حاسمة فى سلوك اجتماعى خلقى مناسب (7). وتحدثت أعمال حديثة كثيرة عن أهمية الاستجابات الانفعالية للتطور الخلقى (7 و40 و64 و70 و79). اقترحت نسخة معينة من هذا المنظور أن الأصحاء مهيئون لاعتبار كرب الآخرين منفرا، وتعلم تجنب الأفعال المرتبطة بهذا الكرب (أى الأفعال التى تؤذى الآخرين؛ (7)).

ويؤكد هذا الاقتراح على دور اللوزة والجزء الباطنى المتوسط من مقدمة الفص الجبهى (انظر (٦)). إن اللوزة، إضافة إلى دورها فى الاستجابة للتعبيرات، أساسية لتعلم تعزيز التنبيهات (26 و 33). ويسمح هذا التعلم لصور التنبيهات الشرطية فى الفص الصدغى بالارتباط بالاستجابات الانفعالية التى تتوسط فيها اللوزة وأجزاء

أخرى. بتعبير آخر، تسمح اللوزة للأفراد بتعلم الطيب من الخبيث من المواضيع والأفعال. ويعتقد أن تعبيرات الخوف والحزن تعمل باعتبارها تعزيزات منفرة، فيتعلم الفرد تجنب التنبيهات المرتبطة بهذه التعبيرات (6 و 7). باختصار، إن أساس الأخلاق القويمة تعلُّم أن بعض الأفعال تؤذى الآخرين ويجب تجنبها، ويعتمد على الأدوار الحاسمة للوزة فى تعلم تعزيز التنبيهات والاستجابة لإشارات الكرب. وفى السيكوباتية، يختلف التكيف المنفر (5) والاستجابة لخوف الآخرين (10) بعمق. ويعنى هذا الخلل أن من الصعب بشكل دال أن يكون السيكوباتى اجتماعيا (72).

ترسل اللوزة نواتج إلى مقدمة الجزء الباطنى المتوسط من مقدمة الفص الجبهى. ويتمثل الاقتراح الأساسى فى أن اللوزة تقدم المعلومات المعززة للتوقع إلى الجزء المحجرى من الفص الجبهى/ الجزء الباطنى المتوسط من مقدمة الفص الجبهى الذى يتمثل هذه المعلومات (84)، وأكدت صور الجهاز العصبى دور هذا الجزء فى التصور الناتج (52).

يتمثل الاقتراح فى أن "الموقف الخلقى التلقائى" للفرد تجاه الانتهاك الخلقى المعتمد على الرعاية يشمل تنشيط اللوزة بالتنبيه الشرطى الذى يمثل تصور الفرد للانتهاك الخلقى (6). وهكذا تقدم اللوزة معلومات التعزيز المتوقع (المتكافئة إيجابيا وسلبيا) التى تعتبر نتيجة متكافئة فى الجزء الباطنى المتوسط من مقدمة الفص الجبهى. ومن ثم تستخدم أجهزة أخرى هذه المعلومات لتنتقى الاستجابات المناسبة (6). ويشير كثير من أعمال التصوير بالرنين المغناطيسى الوظيفى إلى أن للجزء الباطنى المتوسط من مقدمة الفص الجبهى، وللوزة بشكل أقل، دوراً رئيسيا فى التفكير الخلقى (40 و42 و43 و58 و64). وهكذا ينبغى أن يؤدى الخلل الوظيفى فى هذين الجزأين إلى مشاكل فى التفكير الخلقى، وظهورها فى السيكوباتيين (7 و 8).

باختصار، يتعارض الخلل الانتقائى فى معالجة التعبير، الذى يشاهد فى السيكوباتية، مع السلوك الاجتماعى. إضافة إلى ذلك، نتيجة للأجهزة العصبية المختلة وظيفيا، يضطرب التفكير الخلقى المعتمد على الرعاية، فيقل احتمال تعلم تجنب الأفعال التى تؤذى الآخرين، ويختل التفكير بشأن ضرورة القيام بهذه الأفعال.

الخلاصة

يمكن استنتاج أربع نتائج من الأعمال التى تمت مراجعتها:

* أولا، يبدو أن التعليقات المعتمدة على مرآة الخلايا العصبية عن المشاركة الوجدانية الانفعالية غير مُرْضية. تنتهك البياناتُ التى قدمها سنجر وآخرون (85) العقيدةَ المركزية لهذه التعليقات- إن الخلايا العصبية التى تستجيب لفعل يقوم به شخص تستجيب حين يقترف الفعل شخص آخر. فى هذه الدراسة، أظهر الذكور فقط استجابة مشاركة وجدانية مع من يتألمون وكانوا من قبل منصفين لهم، وليس مع من كانوا غير منصفين. إضافة إلى ذلك، لا تفسر هذه التعليقات كيف يمكن أن نجرب التفاعلات الانفعالية للمشاركة الوجدانية ببساطة لأوصاف وضع شخص آخر فى كرب.

* ثانيا، تعانى التعليقات المعتمدة على تماثل مرآة الخلايا العصبية عن المشاركة الوجدانية من مشاكل فى القدرة على التنبؤ. تتنبأ بتداخل المناطق التى تستجيب لألم شخص آخر (أو خوفه أو اشمئزازه) وألم الشخص نفسه أيضا، ولا تتنبأ بأن التنبيهات الأخرى، مثل التنبيهات غير الاجتماعية المرتبطة بالألم، ينبغى أن تنشط المناطق ذاتها أيضاً. وفى المقابل، تم التنبؤ بهذه النتائج مباشرة من التعليقات المعتمدة على الانفعال، تلك التعليقات عن المشاركة الوجدانية الانفعالية.

* ثالثا، إذا كانت المشاركة الوجدانية الانفعالية شكلا من الاستجابة الانفعالية فمن المتوقع استجابة مناطق مختلفة لتعبيرات انفعالية مختلفة بسبب نوع التعلم الانفعالى الذى ترتبط به هذه التعبيرات الانفعالية. يشاهد هذا ويمكن توقع أنه وجود حالات فى الطب النفسى أو طب الأعصاب باختلال انتقائى فى المشاركة الوجدانية مع الاشمئزاز أو الغضب فى أفراد آخرين.

* رابعًا، خلل المشاركة الوجدانية الذى يشاهد فى السيكوباتيين ليس عاما لكنه، بالعكس، انتقائى نسبيا. وتكمن الصعوبة التى يواجهونها فى معالجة خوف الآخرين وحزنهم. ويرتبط هذا الخلل باختلال وظيفة اللوزة والجزء الباطنى المتوسط من مقدمة الفص الجبهى. تطوريا، يؤدى هذا الخلل إلى تطور خلقى شاذ، والتعارض مع السلوك الاجتماعى، وتفكير خلقى مختل.

تكمن أهمية هذا العمل فى استخداماته الإكلينيكية فى المستقبل. بينما يوجد اتفاق نسبى يورط اللوزة والجزء الباطنى المتوسط من مقدمة الفص الجبهى فى السيكوباتية (6 و10 و22 و21 و73)، فإننا لا نستطيع حاليا علاج هذا الاضطراب. لكن حتى إذا حصلنا على مركب دوائى يسمح بزيادة استجابة فى هذين الموضعين فى السيكوباتيين، فلن يكون ذلك مفيدًا تمامًا مع المراعاة التامة للتأثير الوظيفى لاختلالهم. وبتعبير آخر، إن معرفتنا بعيوب معالجة التعبير واختلال السلوك الاجتماعى يعنى أننا ينبغى أن نعرف أن أى علاج دوائى يحتاج إلى أن يتحد بسلوك اجتماعى صريح حتى يتعلم الفرد تجنب تلك الأفعال التى تسبب حزن الآخرين وخوفهم.

المراجع

1. Adolphs, R. (2002) Neural systems for recognizing emotion. Current Opinion in Neurobiology, 12, 169-77.

2. Aniskiewicz, A.S. (1979) Autonomic components of vicarious conditioning and psychopathy. Journal of Clinical Psychology, 35, 60-7.

3. Averill, J.R. (1982) Anger and Aggression: An Essay on Emotion, Springer, New York.

4. Baston, C.D., Fultz, J. and Schoenrade, P.A. (1987) Adults' emotional reactions to the distress of others, in Empathy and development (eds N. Eisenberg and J. Strayer), Cambridge University Press, Cambridge, pp. 163-85.

5. Birbaumer, N., Veit, R., Lotze, M. et al. (2005) Deficient fear conditioning in psychopathy: a functional magnetic resonance imaging study. Archives of General Psychiatry, 62, 799-805.

6. Blair, R.J. (2007) The amygdala and ventromedial prefrontal cortex in morality and psychopathy. Trends in Cognitive Sciences, 11, 387-92.

7. Blair, R.J.R. (1995) A cognitive developmental approach to morality: investigation the psychopath. Cognition, 57, 1-29.

8. Blair, R.J.R. (1997) Moral reasoning in the child with psychopathic tendencies. Personality and Individual Differences, 22, 731-9.

9. Blair, R.J.R. (1999) Responsiveness to distress cues in the child with psychopathic tendencies. Personality and Individual Differences, 27, 135-45.

10. Blair, R.J.R. (2001) Neuro-cognitive models of aggression, the antisocial personality disorders and psychopathy. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 71, 727-31.

11. Blair, R.J.R. (2003) Facial expressions, their communicatory functions and neuro-cognitive substrates. Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences, 358, 561-72.

12. Blair, R.J.R. (2005) Responding to the emotions of others: dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. Consciousness and Cognition, 14, 698-718.

13. Blair, R.J.R. Colledge, E., Murray, L. and Mitchell, D. (2001) A selective impairment in the processing of sad and fearful expressions in children with psychopathic tendencies. Journal of Abnormal Child Psychology, 29 (6), 491-8.

14. Blair, R.J.R., Jones, L., Clark, F. and Smith, M. (1997) The psychopathic individual: a lack of responsiveness to distress cues? Psychophysiology, 34, 192-8.

15. Blair, R.J.R., Mitchell, D.G.V., Colledge, E. et al. (2004) Reduced sensitivity to other's fearful expressions in psychopathic individuals. Personality and Individual Differences, 37, 1111-21.

16. Blair, R.J.R., Morris, J.S., Frith, C.D. et al. Dissocial neural response to facial expressions of sadness and anger. Brain, 122, 883-93.

17. Botvinick, M., Jha, A.P., Bylsma, L.M. et al. (2005) Viewing facial expressions of pain engages cortical areas involved in the direct experience of pain. Neuroimage, 25, 312-9.

18. Budhani, S., Marsh, A.A., Pine, D.S. and Blair, R.J. (2007) Neural correlates of response reversal: considering acquisition. Neuroimage, 34, 1754-65.

19. Carr, L., Iacoboni, M., Dubeau, M.C. et al. (2003) Neural mechanisms of empathy in humans: a relay from neural systems for imitation to limbic areas. Pro-

ceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 100, 5497-502.

20. Cools, R., Clark, L., Owen, A.M. and Robbins, T.W. (2002) Defining the neural mechanisms of probabilistic reversal learning using event-related functional magnetic resonance imaging. Journal of Neuroscience, 22, 4563-7.

21. Cubero, I., Thiele, T.E. and Bernstein, I.L. (1999) Insular cortex lesions and taste aversion learning: effects of conditioning method and timing of lesion. Brain Research, 839, 323-30.

22. Dadds, M.R. , Perry, Y., Hawes, D.J. et al. (2006) Attention to the eyes reverses fear-recognition deficits in child psychopathy. British Journal of Psychiatry, 189 (3), 280-1.

23. Damasio, A.R. (1994) Descartes' Error: Emotion, Rationality and Human Brain, Putnam (Grosset Books), New York.

24. Davidson, R.J. (2004) What does the prefrontal cortex 'do' in affect: perspectives on frontal EEG asymmetry research. Biological Psychology, 67, 219-33.

25. Davis, M. (2000) The role of the amygdala in conditioned and unconditioned fear and anxiety, in The Amygdala: A Functional Analysis (ed. J.P. Aggleton), Oxford University Press, Oxford.

26. Davis, M. and Whalen, P.J. (2001) The amygdala: vigilance and emotion. Molecular Psychiatry, 6, 13-34.

27. de Vignemont, F. and Singer, T. (2006) The empathic brain: how, when and why? Trends in Cognitive Sciences, 10, 435-41.

28. Decety, J., and Jackson, P.L. (2004) The functional architecture of human empathy. Behavioral and Cognitive Neuroscience Review, 3, 71-100.

29. Decety, J. and Moriguchi, Y. (2007) The empathic brain and its dysfunction in psychiatric populations: Implications for intervention across different clinical conditions. Biopsychosocial Medicine, doi: 10.1186/1751-0759-1-22.

30. Deeley, Q., Daly, E., Surguladze, S. et al. (2006) Facial emotion processing in criminal psychopathy. Preliminary functional magnetic resonance imaging study. British Journal of Psychiatry, 189, 533-9.

31. Dolan, M., and Fullam, R. (2006) Face affect recognition deficits in personality-disordered offenders: association with psychopathy. Psychological Medicine, 36, 1563-9.

32. Ekman, P. (1992) Are there basic emotions? Psychological Review, 99, 550-3.

33. Everitt, B.J., Cardinal, R.N., Parkinson, J.A. and Robbins, T.W. (2003) Appetitive behavior: impact of amygdala-dependent mechanisms of emotional learning. Annual New York Academy of Sciences, 985, 233-50.

34. Fitzgerald, D.A., Angstadt, M., Jelson, L.M. et al. (2006) Beyond threat: amygdala reactivity across multiple expressions of facial affect. Neuroimage, 30, 1441-8.

35. Frith, C.D. and Frith, U. (2006) The neural basis of mentalizing. Neuron, 50, 531-4.

36. Gallese, V., Keysers, C. and Rizzolatti, G. (2004) A unifying view of the basis of social cognition. Trends in Cognitive Science, 8, 396-403.

37. Glass, S.J. and Newman, J.P. (2006) Recognition of facial affect in psychopathic offenders. Journal of Abnormal Psychology, 115, 815-20.

38. Gordon, H.L., Baird, A.A. and End, A. (2004) functional differences among those high and low on a trait measure of psychopathy. Biological Psychiatry, 56, 516-21.

39. Greene, J.D., Nystrom, L.E., Engell, A.D. et al. (2004) The neural bases of cognitive conflict and control in moral judgment. Neuron, 44, 389-400.

40. Greene, J.D., Sommerville, R.B., Nystrom, L.E. et al. (2001) An fMRI investigation of emotional engagement in moral judgment. Science, 293, 1971-2.

41. Hare, R.D. (2003) The Hare Psychopathology Checklist- Revised, 2nd edn, Multi-Health Systems, Toronto.

42. Harenski, C.L. and Hamann, S. (2006) Neural correlates of regulating negative emotions related to moral variations. Neuroimage, 30, 313-24.

43. Heekeren, H.R., Wartenburger, I., Schmidt, H. et al. (2005) Influence of bodily harm on neural correlates of semantic and moral-decision making. Neuroimage, 24, 887-97.

44. Hooker, C.I., Germine, L.T., Knight, R.T. and D'Esposito, M. (2006) Amygdala response to facial expressions reflects emotional learning. Journal of Neuroscience, 26, 8915-22.

45. House, T.H. and Milligan, W.L. (1976) Autonomic responses to modeled distress in prison psychopaths. Journal of Personality and social psychology, 34, 556-60.

46. Hutchison, W.D., Davis, K.D., Lozano, A.M. et al. (1999) Pain-related neurons in the human cingulate cortex. Nature Neuroscience, 2, 403-5.

47. Iacoboni, M. and Mazziotta, J.C. (2007) Mirror neuron system: basic findings and clinical applications. Annals of Neurology, 62, 213-8.

48. Izard, C.E. (1977) Human Emotions, Plenum, New York.

49. Jackson, P.L., Brunt, E., Meltzoff, A.N. and Decety, J. (2006) Empathy examined through the neural mechanisms involved in imaging how I feel versus how you feel pain. Neuropsychologia, 44, 752-61.

50. Jackson, P.L. , Meltzoff, A.N. and Decety, J. (2005) How do you perceive the pain of others? A window into the neural processes involved in empathy. Neuroimage, 24, 771-9.

51. Kiehl, K.A. (2006) A cognitive neuroscience perspective on psychopathy: Evidence for paralimbic system dysfunction. Psychiatry Research.

52. Knutson, B. and Cooper, J.C. (2005) Functional magnetic resonance imaging of reward prediction. Current Opinion in Neurology, 18, 411-7.

53. Kosson, D.S., Suchy, Y., Mayer, A.R. and Libby, J. (2002) Facial affect recognition in criminal psychopaths. Emotion, 2, 398-411.

54. LaBar, K.S., Crupain, M.J., Voyvodic, J.T. and McCarthy, G. (2003) Dynamic perception of facial affect and identity in the human brain. Cerebral Cortex, 13, 1023-33.

55. LeDoux, J.E. (2000) The amygdala and emotion: a view through fear, in The Amygdala: A Functional Analysis (ed. J.P. Aggleton), Oxford University Press, Oxford, pp. 289-310.

56. Leslie, K.R., Johnson-Frey, S.H. and Grafton, S.T. (2004) Functional imaging of face and hand imitation: towards a motor theory of empathy. Neuroimage. 21, 601-7.

57. Levenston, G.K., Patrick, C.J., Bradley, M.M. and Lang, P.J. (2000) The psychopath as observer: emotion and attention in picture processing. Journal of Abnormal Psychology, 109, 373-86.

58. Luo, Q., Nakic, M., Wheatley, T. et al. (2006) The neural basis of implicit moral attitude- an IAT study using event-related fMRI. Neuroimage, 30, 1449-57.

59. MacLean, P.D. (1949) Psychosomatic disease and the 'visceral brain': recent developments bearing on the Papez theory of emotion. Psychosomatic Medicine, 11, 338-53.

60. Marsh, A.A. and Blair, R.J. (2007) Deficit in facial affect recognition among antisocial populations: a meta-analysis. Neuroscience and Biobehavioral Review.

61. Marsh, A.A., Finger, E.C., Mitchell, D.G.V. et al. (2008) Reduced amygdala response to fearful expressions in adolescents with callous-unemotional traits and disruptive behavior disorders. American Journal of Psychiatry, 165, 712-20.

62. Mineka, S. and cook, M. (1993) Mechanisms involved in the observational conditioning of fear. Journal of Experimental Psychology: General, 122, 23-38.

63. Mitchell, D.G., Nakic, M., Fridberg, D. et al. (2007) The impact of processing load on emotion. Neuroimage, 34, 1299-309.

64. Moll, J., de Oliveria-Souza, R., Eslinger, P.J. et al. (2002) The neural correlates of moral sensitivity: a functional magnetic resonance imaging investigation of basic and moral emotions. Journal of Neuroscience, 22, 2730-6.

65. Montagne, B., van Honk, J., Kessels, R.B.C. et al. (2005) Reduced efficiency in recognising fear in subjects scoring high on psychopathic personality characteristics. Personality and Individual Differences, 38, 5-11.

66. Morris, J.S., Frith, C.D., Perrett, D.I. et al. (1996) A differential response in the human amygdala to fearful and happy facial expressions. Nature, 383, 812-5.

67. Morrison, I. and Downing, P.E. (2007) Organization of felt and seen pain responses in anterior cingulate cortex. Neuroimage, 37, 642-51.

68. Morrison, I., Lloyed, D., di Pellegrino, G. and Roberts, N. (2004) Vicarious responses to pain in anterior cingulate cortex: is empathy a multisensory issue? Cognitive, Affective and Behavioral Neuroscience, 4, 270-8.

69. Murphy, F.C., Nimmo-Smith, I. and Lawrence, A.D. (2003) Functional neuroanatomy of the emotions: a meta-analysis. Cognitive, Affective and Behavioral Neuroscience, 3, 207-33.

70. Nichols, S. (2004) Sentimental Rules: On the Natural Foundations of Moral Judgment, Oxford University Press, New York.

71. O'Doherty, J., Kringelbach, M.L., Rolls, E.T. et al. (2001) Abstract reward and punishment representations in the human orbitofrontal cortex. Nature Neuroscience, 4, 95-102.

72. Oxford, M., Cavell, T.A. and Hughes, J.N. (2003) Callous-unemotional traits moderate the relation between ineffective parenting and child externalizing problems: a partial replication and extension. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32, 577-85.

73. Patrick, C.J. (1994) Emotion and psychopathy: Starting new insights. Psychophysiology, 31, 319-30.

74. Patrick, C.J., Bradley, M.M. and Lang, P.J. (1993) Emotion in the criminal psychopath: startle reflex modulation. Journal of Abnormal Psychology, 102, 82-92.

75. Pessoa, L. (2005) To what extent are emotional visual stimuli processed without attention and awareness? Current Opinion in Neurobiology, 15, 188-96.

76. Peyron, R., Laurent, B. and Garcia-Larrea, L. (2000) Functional imaging of brain responses to pain: a review and meta-analysis. Clinical Neurophysiology, 30, 263-88.

77. Phillips, M.L., Young, A.W., Scott, S.K. et al. (1998) Neural responses to facial expressions of fear and disgust. Proceedings of the Royal Society of London, B: Biological Sciences, 265, 1809-17.

78. Preston, S.D. and de Waal, F.B. (2002) Empathy: its ultimate and proximate bases. Behavioral and Brain Sciences, 25, 1-20.

79. Prinz, J. (2007) The Emotional Construction of Morals, Oxford University Press, New York.

80. Rainville, P. (2002) Brain mechanisms of pain affect and pain modulation. Current Opinion in Neurobiology, 12, 195-204.

81. Rizzolatti, G., Fogassi, L. and Gallese, V. (2001) Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action. Nature Reviews. Neuroscience, 2, 661-70.

82. Rolls, E.T. (1999) The Brain and Emotion, Oxford University Press, Oxford.

83. Rozin, P., Haidt, J. and McCauley, C.R. (1993) Disgust, in Handbook of Emotions (eds M. Lewis and J.M. Haviland), Guilford, New York, pp. 575-94.

84. Schoenbaum, G. and Roesch, M. (2005) Orbitofrontal cortex, associative learning, and expectancies. Neuron, 47, 633-6.

85. Singer, T., Seymour, B., O'Doherty, J. et al. (2004) Empathy for pain involves the affective but not the sensory components of pain [see comment]. Science, 303, 1157-62.

86. Singer, T., Seymour, B., O'Doherty, J. et al. (2006) Empathic neural responses are modulated by the perceived fairness of others. Nature, 439, 466-9.

87. Sprengelmeyer, R., Rausch, M., Eysel, U.T. and Przuntek, H. (1998) Neural structures associated with the recognition of the facial basic emotions. Proceedings of the Royal Society of London, B: Biological Sciences, 265, 1927-31.

88. Viding, E. (2004) Annotation: understanding the development of psychopathy. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 45, 1329-37.

89. Vuilleumier, P., Armony, J.L., Driver, J. and Dolan, R.J. (2003) Distinct spatial frequency sensitivities for processing faces and emotional expressions. Nature Neuroscience, 6, 624-31.

90. Whalen, P.J. (1998) Fear, vigilance, and ambiguity: initial neuroimaging studies of the human amygdala. Current Directions in Psychological Science, 7, 177-88.

91. Wicker, B., Keysers, C., Plailly, J. et al. (2003) Both of us disgusted in my insula: the common neuron basis of seeing and feeling disgust. Neuron, 40, 655-64.

92. Winston, J.S., O'Doherty, J. and Dolan, R.J. (2003) Common and distinct neural responses during direct and incidental processing of multiple facial emotions. Neuroimage, 20, 84-97.

الفصل العاشر

الغضب والوجدان والعدوانية
واضطراب الشخصية

كيفين هويلز
جامعة نوتنجهام، المملكة المتحدة

لن نُعاقَب بسبب غضبك، ستُعاقب بغضبك
جوتاما سيدهارتا، مؤسس البوذية، ٥٦٣-٤٨٥ ق.م.

لماذا ينبغى أن يكون الغضب بؤرة اهتمام فى علم النفس الإكلينيكى والشرعى والطب النفسى، وفى الاهتمام بالمشاكل الشخصية فى المصابين باضطرابات الشخصية؟ الغضب، رغم كل شىء، خبرة عادية شائعة للغالبية العظمى من الناس، كما كشفت دراسات يُطلب فيها من المقيمين فى مجتمع الاحتفاظ بيوميات لخبرات الغضب الذى ينتابهم (2). وفى علم النفس، عَرَّف الغضبَ دائمًا منظِّرون وباحثون باعتباره واحدا من الانفعالات "الأساسية"، يجربه الناس ويعرفونه فى كل مكان (96).

مثل الانفعالات الأخرى، يعتبر الغضبُ عمومًا فى علم النفس وظيفيا وتكيفا بالمعنى التطورى (96). له نتائج إيجابية مثلما له نتائج سلبية. وإذا وضعنا فى الاعتبار أن من مثيرات الغضب إدراك "تناقض محتمل"، كما فى حالة إدراك الظلم (11)، يكون

له دور واضح فى تحفيز السلوك الخلقى والتكيف، فى شكل محاولات لتصحيح الأمور غير المُرْضية والجائرة فى شئون الحياة، وتغييرها. يصبح الغضب مشكلة للفرد (فى الصحة الذهنية والسلوك الإجرامى) حين يختل تنظيم الذات وضبط خبرات الغضب والأفكار والدوافع. وربما يكون هذا النوع من الخلل سمة دائمة، أو استعداداً من جانب الشخص، كما هو حال شخص يعانى من مشاكل مزمنة فى ضبط حدة الانفعال، وقد يكون حالة مؤقتة تحدث نتيجة لأوضاع خارجية وخبرات حديثة، على سبيل المثال أزمة عائلية، أو تحت تأثير المخدرات. يتضمن مصطلح الخلل حكم قيمة، سواء من جانب الشخص الغضبان، ويحتمل أن يكون التعبير السلوكى عن الغضب "سيئا"، أو خللا وظيفيا فيمن يسعون إلى أهدافهم، أو من جانب آخرين، قد يحكمون على تعبير الغضب بأنه مؤذٍ لأنفسهم أو للمجتمع عموماً.

أصبح الغضب بؤرة أساسية فى المواضع الإكلينيكية فى الطب الشرعى لسببين: أولا، لوحظ أن الغضب وتنظيم الغضب مشاكل عامة فى مجموعات الجناة؛ ومن المعروف أن الغضب والعداء عامل خطورة فى تطور السلوك الإجرامى (86). ثانيا، افتُرِض أن الغضب يرتبط وظيفيا بسلوكيات مهمة، بشكل لافت بالعنف، والجرائم الجنسية، وإحراق الممتلكات، وإيذاء النفس فى السجناء، والفوضى فى السجون. وفى هذا الفصل، أتوسع فى أطروحة أن الغضب مهم فى السلوكيات العدوانية، مع التركيز بشكل خاص على العدوانية فى شكل جرائم العنف والجرائم الجنسية.

لم يحظ دور الغضب فى علاقته باضطراب الشخصية إلا باهتمام ضئيل نسبيا فى أدبيات البحث، مع إنه يبدو بؤرة رئيسية فى الملاحظات الإكلينيكية والعادية، وبين مستخدمى الخدمات من المصابين باضطرابات الشخصية. وفى هذا الفصل أراجع ما عُرِف عن الارتباطات بين الغضب واضطراب الشخصية. وأخيراً، أناقش قضايا تثار فى محاولة علاج غضب الاختلال الوظيفى فى المصابين باضطرابات الشخصية ممن يمثلون خطورة نتيجة العدوانية والعنف.

بعض التعريفات:

إن تعريف الغضب وموضع الفصائل الفرعية المرتبطة به (الغيظ، الضراوة، الإزعاج، الإحباط، إلخ) فى المفهوم العام للعدوانية لا يخلو من مشاكل (90 و 97). يجب التمييز بين الغضب **والعداء**، الذى يشير إلى التقييم **المعرفى السلبى للناس أو الأحداث**. ويمكن أن يؤدى الغضب والعداء إلى **التعبير** عن الغضب فى شكل **تصرف عدوانى**. ويشير **الغضب** إلى **استجابة انفعالية داخلية**، عادة بمكونات فسيولوجية نفسية وتعبيرات على الوجه. يعرف بركوفيتز Berkowitz وهارمون جونز Harmon-Jones (11) الغضب بأنه "متلازمة من نتائج معينة نسبيا، ومعارف، وتفاعلات فسيولوجية ترتبط بالتداعى برغبة ملحة فى جرح هدف" (ص ١٠٨).

يشير القليل من هذا الفصل إلى وجدان غاضب لا إلى انفعال غاضب. وأتبع بركوفيتز (9) فى استخدام وجدان غاضب باعتباره مصطلحا عاما، يتضمن انفعالات الغضب وأمزجته ومشاعره. ومن هذا المنظور، يشير الانفعال إلى تفاعلات وجدانية قصيرة خاصة بحدث (على سبيل المثال، استجابة انفعالية لحدث اجتماعى يتضمن إساءة لفظية من شخص آخر). وقد يشير مزاج غاضب إلى حالة عامة مستمرة من الغضب، دون حدث معين مثير. ولا تتضمن الانفعالات عادة الخبرة الظاهرية الشعورية بالغضب فقط (مشاعر)، بل تتضمن عادة مجموعة كاملة من العمليات المكونة، بما فى ذلك التعرض لحدث منفر، وتقييمات معرفية من نوع محدد (على سبيل المثال، ارتُكِبتْ ضده جرائم متعمدة)، وتنشيط فسيولوجى للجهاز العصبى التلقائى (تغير معدل ضربات القلب أو تورد الوجه)، وميول للفعل (على سبيل المثال، ليعاقب بسبب هاجس، أو ليسكت الشخص المسيء)، وسلوكيات صريحة مثل العدوانية (9 و42 و96). ومن المواضيع التى تنبثق فى هذا الفصل أن انفعالا معينا من انفعالات الغضب قد يحدث فى سياق حالات وجدانية سلبية أشمل، وتتأثر به، ومن ثم يحتاج إلى وصفه بأنه "مطمور" فى أوجه أشمل من وجوه شخصية (84).

الغضب متغيرًا تابعًا:

وُصِف عددٌ من العمليات والانحرافات البيئية والمعرفية وعمليات التقييم بأنه مقدمات مهمة لحالات الغضب (11 و52 و87 و88 و98). الغضب عادة استجابة لأحداث بيئية منفرة، تتسم بالعداء، وانحرافات للتصورات والتوقعات تؤثر على اعتبار الاستثارة الانفعالية التالية غضبًا (11 و 24). وتتطابق الأهمية المركزية التى تُمنَح لعمليات المعرفة والتقييم مع حقيقة أن العلاجات المعرفية السلوكية، بتأكيدها على تغيير التقييمات والمعتقدات المولِّدة للغضب والمخطط الأساسى، أصبحت المقاربة العلاجية السائدة لمشاكل الغضب (57).

توجد بعض الأدلة الحديثة على أن عيوب النظر من منظور الآخر ترتبط باستثارة غضب مرتفع يلى التعرض لإثارة شخصية (82). ولهذا الارتباط عدة تفسيرات محتملة. ثمة تفسير واضح وهو أن القدرة على النظر من منظور مقترف الانتهاك قد يعوق التقييمات والصفات المعرفية التى يحتمل أن تؤدى إلى اللوم وإثارة الغضب وبالتالى تشجع على غفران الانتهاك (30 و 109).

الغضب متغيرًا مستقلا:

للغضب، مثل الحالات الانفعالية والوجدانية الأخرى، تأثيرات مهمة على المعالجة المعرفية التالية التى يقوم بها الشخص، وتقييمات الأحداث والانفعالات والسلوكيات التالية. وتوجد أدلة على أن حالات الغضب، بمجرد وجودها، تؤدى إلى ميل لتقييم الأحداث التالية بطرق تتسق مع التقييمات التى أثارت الانفعال أصلا (41 و 53). وهكذا، على سبيل المثال، ربما يغضب شخص حين يدرك أن شخصًا آخر عامله بطريقة جائرة. وارتبط الغضب بالعنف عموما، وبالعنف تجاه الأطفال، وبالقتل (57 و 85). ويُقدَّر أن ما يبلغ ثلثى جرائم القتل ربما تتم بتأثير الغضب والاستثارة الوجدانية السلبية (59). ويبدو أن أنواع العدوانية المرتبطة بالغضب أوسع من الاعتداء التقليدى،

فهى تشمل، على سبيل المثال، سلوكيات مثل القيادة الخطيرة (83). إن حالة الغضب، وسمة الغضب، والغضب المرتبط بالقيادة، مؤشرات قوية على القيادة العدوانية، بمعامل ارتباط حوالى +٠,٤ (83).

ورغم وصف الميول للفعل العدوانى (العدوانية الجسدية واللفظية تجاه الآخرين) فى علاقتها بانفعالات الغضب بشكل شائع فى الأدبيات، فمن الواضح أن عدداً كبيراً من الاستجابات السلوكية للغضب يمكن أن يحدث، بما فى ذلك محاولات تقليل التوتر، أو التواصل أو التحدث عن الغضب، و"الابتعاد" عن المثير، والعدوانية الذاتية، و"ترك الغضب يتلاشى" (2 و 102). ولا يقتصر الأمر على أن خبرة الغضب ليست شرطا كافيا للعدوانية، لكنها ليست شرطًا ضروريا أيضًا. وقد تحدث العدوانية ولا يكون الغضب مقدمة لها.

تم التمييز بين العدوانية العدائية (أو الغاضبة) والعدوانية الإجرائية لفترة طويلة فى الأدبيات، ويتسق التمييز مع فرضية أن الغضب ليس ضروريا لحدوث العدوانية. وتشمل العدوانية العدائية (يستخدم مصطلح "الغاضبة" من الآن فصاعداً) عادة حدثا محبِطًا بشكل مثير، حالة داخلية من استثارة الغضب ودافعًا لجرح المتسبب فى الإحباط أو إيذائه. فى العدوانية الإجرائية، يكون الهدف الحصول على مكافأة، مادية عادة، ولا يظهر المقترف استثارة انفعالية (أو معارف) غاضبة. يقدم قتلٌ فى سياق شجار غاضب مثالا للعدوانية الغاضبة، والاستخدام الشره لانتزاع المال من صراف فى محطة بنزين مثال للعدوانية الإجرائية. يوجد عدد كبير، بلا جدوى، من المصطلحات المستخدمة لوصف التمييز بين الغاضب والإجرائى ("اندفاعى"، "دفاعى"، "غاضب"، "عدائى"، وجدانى"، "بدم حار" مقابل "شره"، "هجومى"، "تهجُم"، "إجرائى"، "استباقى"، إلخ) مما يسمح بتكدس المفاهيم والفوضى (76).

ورغم خضوع التمييز بين الغاضب والإجرائى للكثير من النقد (19)، ورغم الاعتراف بصعوبة تصنيف الأفعال بشكل واضح إلى غاضبة أو إجرائية (3)، فإنه يبقى باعتباره تمييزاً مفيداً للمنظِّرين والباحثين والإكلينيكيين فى مجال العدوانية، وإن

يكن بتنوع فى استخدام المصطلحات (8 و10 و12 و17 و25 و37). وقدم هوارد Ho-ward (هذا المجلد، الفصل ٨) تحسينًا مفيدًا لهذا التمييز، بطرح قدر مهم من الأسئلة بعيدًا عن الاندفاع باعتباره بُعْدًا مستقلا إحصائيا لبعد الغاضب/ الإجرائى. يؤكد تحليل هوارد أيضًا بشكل مفيد على الوجه الوجدانى الإيجابى الكامن للغضب والعدوانية الإجرائيين، ويلفت الانتباه إلى النبرة المتعة الإيجابية المحتملة لبعض خبرات الغضب، ويذكر الإكلينيكيين والمنظِّرين بالمعتدى غير المندفع مع إنه غاضب (انظر مناقشة الضبط المفرط فيما يلى).

ورغم مشاكل ثنائية الغاضب الإجرائى، فإن وجود الغضب، أو غيابه، مقدمةً للأفعال العدوانية والعنيفة يبقى موضوعا إكلينيكيا مهمًا. قد تحدث بوضوح أفعال عدوانية عنيفة فى حالة "برود" ذهنى، ولا يحتاج من يقوم بهذه الأفعال دائمًا إلى أشكال التدخل الإكلينيكى المتوقع على أساس فرضية أن الغضب الشديد أدى إلى عدوانية اندفاعية، وأن دوافع الغضب فى حاجة إلى السيطرة.

يطبق التمييز بين الغاضب والإجرائى فى أكثر أشكاله ملاءمة على الأفعال لا على الفاعلين. قد ينهمك مقترفو العدوانية فى أفعال غاضبة وعدوانية فى ظروف مختلفة، أو قد تكون لهم غايات ووظائف متعددة لكل عمل عدوانى. ويناقش هذا الاحتمال الأخير المطروح فى المنهج التحليلى الوظيفى الذى تبناه دفرن Daffern وآخرون (27) فيما يلى بالتفصيل. فى دراسة ٥٠٢ من الأحداث العدوانية، وجد دفرن وهويلز Howells وأجلوف Ogloff (27) أن تعبيرَ الغضبِ الوظيفةُ الأكثر تكرارًا فى أفعال عدوانية اقترفها مرضى فى مستشفيات للطب الشرعى تخضع لإجراءات أمنية مشددة، لكن تلك الوظائف اختلفت فى السلوكيات العدوانية الموجه للعاملين عن تلك الموجه للمرضى. كان تجنب الاستدعاء وظيفة شائعة فى العدوانية تجاه العاملين، وكان نادرًا فى العدوانية تجاه المرضى. كان الحصول على أشياء حقيقية (وظيفة إجرائية) نادرًا فى هذين النوعين من الحوادث.

للغضب (سمة) ترتبط بالميول وأيضًا أوجه ترتبط بالحالة. فى تأمل إن كان الغضب متغيراً مستقلا يؤثر على متغير تابع يتمثل فى السلوك العدوانى، تكون قدرة السمات المرتبطة بالغضب على التنبؤ بالعدوانية قضية مهمة. فى بحث يعتمد على التحليل الجمعى، أوضح بيتنكورت Bettencourt وآخرون (12) أن سمة الغضب (معرفة بشدة تفاعلات الغضب ومعدل تكرارها والمدة التى تستغرقها)، والنوع "أ" من الشخصية، والاجترار، والنرجسية، والاندفاع، تنبأت جميعها بالعدوانية(١). ويتم تمييز مهم بين العدوانية فى ظروف "محايدة" وفى مواقف "مثيرة". وتتنبأ هذه السمات المرتبطة بالغضب بالعدوانية المرتبطة بالإثارة. لعمل بيتنكورت وزملائه نتائج إكلينيكية ضمنية مهمة، تشير إلى أن مجتر الأحداث السيئة، لأنه مهيأ للغضب، معرض بشكل نرجسى لتهديدات التقدير الذاتى ويتطلب منظِّم سيئ للدوافع تفاعلا مع الظروف المثيرة والمحبطة، إذا كان لهذه السمات أن تؤثر على احتمالية حدوث سلوك عدوانى.

العدوانية الجنسية:

رغم تصوير معظم الغضب عادة باعتباره مقدمة مهمة للعدوانية والعنف العامين، توجد أدلة تدعم مقولة إنه مهم أيضًا، مع انفعالات سلبية أخرى، فى العدوانية الجنسية (لمراجعة هذا الموضوع انظر (64)). اعتبرت الأوصافُ الإكلينيكية للمغتصِبين، على سبيل المثال، انفعالَ الغضب مقدمةً شائعة فى بعض الجناة (48 و69 و93). تعتبر أيضًا الجرائم التى يتوسط فيها الغضب مجموعة فرعية فى دراسات التصنيف. من تسعة أنواع فرعية للجناة فى جرائم جنسية حددها نايت Knight وبرينتكى Prentky (67)، على سبيل المثال، يوجد نوع غاضب عمومًا بشكل غير محدد، ومجموعة

(١) النوع أ من الشخصية Type-A personality: يتميز هذا النوع من الشخصية، طبقا لنظرية تقسم الشخصية إلى أ، ب، بالطموح والعدوانية وعدم الصبر والقدرة على التنافس، وهذا النوع، طبقا لهذه النظرية، أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب.

انتقامية، يتسمان بغضب يتركز بشكل أكثر حدة على النساء. فى دراسة معملية، أدت إثارة الغضب إلى انفلات الاستثارة الجنسية لصور الاغتصاب (108)، وتبين أن خبرات حديثة فى الغضب تتنبأ باقتراف جناة المخالفات الجنسية لجرائم جديدة فى المجتمع (49).

تشير تحليلات مسارات الجريمة (65 و 103) بوضوح إلى أهمية الغضب فى بعض الجرائم الجنسية. فى نموذج بولاشيك Polaschek وآخرين (94) لمسارات الجريمة فى الاغتصاب، يشكل المزاج والانفعال تشكيل الغاية وتحديدها، مع غايتين سائدتين هما الإشباع الجنسى أو الثأر لأذى لحق بالنفس. تشمل غاية الإشباع الجنسى تعزيز مزاج إيجابى أو الفرار من مزاج سلبى. يشمل الثأر للأذى الذى لحق بالنفس إلحاق الأذى بالآخر. وتشير عملية الثأر لأذى بوضوح إلى طريق غاضب للعدوانية الجنسية.

لفهم الروابط بين الغضب وجرائم الجنس، يكون من المهم التمييز بين الحالة مقابل السمة مرة أخرى. يمكن أن تتم إحدى طرق التقييم الشكلى لنظرية أن جرائم العدوانية الجنسية ربما ترتبط وظيفيا بالغضب ببحث سمة الغضب فى جناة الجرائم الجنسية. ويكون السؤال: هل هؤلاء الجناة أكثر غضبا ممن لا يتسمون بالعدوانية الجنسية؟ لا توجد دراسات كثيرة تتسق مع هذه الخطوط، ولا تقدم النتائج دعمًا مقنعًا. يرتاب لوزا Loza ولوزا فانوس Loza-Fanous (74) ، على سبيل المثال، بشكل خطير فى أدلة الارتباط بين الغضب والاغتصاب، ويثيران الشكوك أيضًا بشأن استخدام طرق معالجة الغضب مع هذه المجموعة. فى العينة التى قاما بدراستها، تم تحويل ٨١٪ من المغتصبين إلى برامج معالجة الغضب. يثير هذان المؤلفان أيضًا نقطة مهمة تتمثل فى أن إظهار الدراسات السابقة للروابط بين الغضب والاغتصاب مفتوح على احتمالية أن دوافع الغضب قد تكون تفسيرات وتبريرات لاحقة، لا مقدمات حقيقية.

اقترح هويلز Howells وداى Day ورايت Wright (64) ضرورة التفكير فى تفسيرات بديلة قبل نبذ نظرية سمة الغضب المرتفع: (1) إن مجموعة فرعية ممن

يحملون سمة الغضب تغمرها أعداد أكبر من مقترفى العدوانية الجنسية الإجرائية فى المجموعة التى خضعت للدراسة (2). لا يمكن ملاحظة تأثيرات الغضب على جرائم الجنس فى مستوى السمة. لا يحتاج مقترف الجريمة الجنسية إلى مستوى مرتفع من سمة الغضب لتكون حالة الغضب، رغم ذلك، شرطًا مهما وربما حتى ضروريا لوقوع الجريمة. (3) قد تعتمد درجة الارتباط بالغضب على الخصائص الخطيرة لمن يخضعون للدراسة. وقد يكون المنقادون وجدانيا هم الطرف مرتفع الخطورة فى هذا المجال (على سبيل المثال، جرائم متكررة بمستويات مرتفعة جدا من العنف، ربما تهدد الحياة).

الغضب ونظريات العدوانية:

تعرِّف النظريات المعاصرة عن العدوانية حالات الغضب بأنها مقدمات مهمة للأفعال العدوانية. وتوجد اختلافات فى النظريات حول كيفية وصف حالة الوجدان. يستخدم أندرسون Anderson وبوشمان Bushman مصطلح الغضب فى النموذج العام للعدوانية (1) لكن النظرية المهمة لبركوفيتز Berkowitz (10) تضع الغضب فى حالة أشمل لوجدان انفعالى يؤثر على حدوث العدوانية. بالنسبة لبركوفيتز، تثير الأحداث المنفرة، بطريقة تلقائية و"ملتفة"، حالة أولية من الاستثارة الوجدانية السلبية العامة التى تخلق نزعات "أولية" للهروب (فرار) أو الهجوم على التنبيه المنفر وتدميره (قتال). وتؤدى هاتان النزعتان إلى حالات مناظرة من "الغضب البدائى" و"الخوف البدائى"، تتطلب معالجة معرفية أسمى وأعمق قبل إنتاج تفاعلات الغضب والخوف بشكل تام ومميزٍ. تبدو نظرية بركوفيتز متسقة مع تأثيرات الكرب العام والوجدان السلبى فى تفاعلات الغضب. ويمكن التنبؤ بأن الاكتئاب، على سبيل المثال، أو التوتر العام يضخِّم خبرة الغضب والتعبير عنه (انظر المناقشة التالية). وللمعرفة دورٌ فى نظرية بركوفيتز، لكنها عملية ثانوية لا أولية. وتتسق النظريات المنبثقة عن علاج الغضب (31 و 85)، التى تؤكد بشكل أكبر بكثير على المعالجة المعرفية، مع المقاربات العلاجية المعرفية السلوكية.

فى النمـوذج العام عن العدوانيـة الذى قدمه أندرسـون وبوشـمـان (1)، حُدِّد عدد كبير من آليات تفسير تأثيرات الغضب فى تحديد العدوانية:

(١) يقلل الغضب معوقات العدوانية (أ) بتقديم مبرر لانتقام عدوانى، (ب) وإعاقة المعالجات المعرفية الأسمى (على سبيل المثال، التفكير فى إعادة التقييم أو التفكير الخلقى).

(٢) يسمح الغضب للشخص بالإبقاء على النية العدوانية عبر الزمن بتسهيل الانتباه للأحداث المثيرة، وزيادة عمق معالجة تلك الأحداث وتحسين تذكر هذه الأحداث.

(٣) يُستخدَم الغضب باعتباره إشارة دالة عن الأسباب واستحقاق اللوم وطرق الاستجابة.

(٤) يستهل الغضب الأفكار العدوانية والبرامج والسلوكيات الحركية التعبيرية (ما يسمى "البنى المعرفية المرتبطة بالغضب"، ص ٤٥)

(٥) ينشط الغضب السلوك بالاستثارة الزائدة.

تنظيم الذات:

قد يكمن الاختلاف بين العدوانيين وغير العدوانيين، أو بين مواقف يكون فيها الفرد عدوانيا وأخرى لا يكون فيها عدوانيا، فى عوامل تحريضية أو كابحة، أو فى الاثنين. إن الأحداث البيئية المنفرة، والتقييمات، العدائية والعوامل الفسيولوجية النفسية، والغضب التالى، كلها محرضات ممكنة، ويُحتمَل نظريا أن يكون العدوانيون طبيعيين فيما يتعلق بتلك العوامل، لكنهم يفتقرون إلى مهارات الكف أو تنظيم الذات. إن تعريف الكف الداخلى إشكالية تتطلب فحص عدد من التفسيرات الأخرى قبل اللجوء إلى الكف لتفسير عدم حدوث العدوانية بعد استثارة الغضب (78). ومن المهم أيضاً تمييز فشل **اكتساب** عمليات الكف فى التعبير عن الغضب (على سبيل المثال، نتيجة

فشل التنشئة الاجتماعية) من انهيار عمليات الكف (على سبيل المثال، بتأثير الإجهاد أو الكحول أو تعليق القواعد أو القيم الطبيعية). مرة أخرى، قد يظهر العدوانى، الذى يحقق معدلات عالية فى تحريض على الغضب، عيوباً فى الكف لعدة أسباب، بعضها شخصى وبعضها بيئى (5).

لبعض العدوانيين خصائص عكس خصائص من يتسمون بارتفاع الغضب والاندفاع. وصف تسيتساريف Tsytsarev وجرودنيتسكى Grodnitsky (102)، على سبيل المثال، ما أشارا إليه بأنه استثارة غضب "ممتدة" و"تراكما لتوتر وجدانى يتحول إلى انفجار غضب وغيظ، وترافقه عادة، أو تسبقه، مشاعر قوية بالخزى واليأس" (ص ١٠٤). انظر أيضاً النوع الاندفاعى/ المنضبط عند هوارد Howard (الفصل الثامن من هذا المجلد). ويعتقد أن هؤلاء الأفراد قد تكون لديهم بشكل طبيعى وسائل كف عالية فى خبرة الغضب والتعبير عنه، ومن هنا جاء وصف "مفرط الضبط" (مقابل "منخفض الضبط"). وحظيت هذه المجموعة باهتمام، لكنه ليس شاملا، فى الدراسات الإمبريقية (13و15و68 و77). وافترض ديفى Davey وداى Day وهويلز Howells (28) أن الجناة العنيفين الذى يتسمون بالضبط المفرط ينقسمون إلى مجموعتين فرعيتين، يميزان الجانى مفرط الضبط ظاهريا، الذى لا يسجل معارف ناجمة عن الغضب أو استثارة انفعالية تتسم بالغضب بعد التعرض لإحباط، من فرد منخفض الضبط سلوكيا، وقد يشعر بغضب شديد، ويجتر الظلم ويقيمه، لكنه يكبح بقوة التعبير السلوكى عنه (وهو تمييز يشبه نوعى بلاكبرن (14 و 15) المواجه confronting والمكبوح inhibited)

ويحتمل أن تكون النماذج العامة لتنظيم الانفعال مهمة فى فهم باثولوجيا تنظيم الغضب. وصف جروس Gross (45 و46 و47)، على سبيل المثال، نموذج عملية تنظيم الانفعال، وعرّف استراتيجيات التنظيم التى يمكن أن تطبَّق فى مختلف مراحل الاستجابة الانفعالية. يحدث تنظيم الانفعال الذى يركز على المقدمات قبل التنشيط التام للانفعال، ويحدث التنظيم الذى يركز على الاستجابة بعد بدء الانفعال، فى محاولة لضبط الاستجابة الانفعالية. ويمكن أن تشمل الاستراتيجيات التنظيمية الممكنة انتقاء/

تجنب الموقف الذى يتعرض له الشخص، وتعديل الموقف، وإيقاف الاجترار، والتشتت، وإعادة التقييم، والسعى إلى دعم اجتماعى، وقمع التفاعل الانفعالى أو إخفاءه، وتهدئة النفس (4). ثمة درس أساسى يجب استنباطه من نماذج نظرية مثل نماذج جروس (47)، وهو أن العلاج يحتاج إلى زيادة مرونة استراتيجيات تنظيم الذات وتنوعها، وهى الاستراتيجيات التى يستخدمها المصاب بباثولوجيا الغضب.

الغضب في مضطربي الشخصية:

جادل بعض المنظِّرين فى أن الشذوذ فى سمة الغضب، وما يرتبط بها من الأجهزة التشريحية العصبية والكيميائية الحيوية، محدِّدات جوهرية فى اضطرابات الطب النفسى. افترض لارا Lara وأكيسكال Akiskal (70)، على سبيل المثال، أن اضطرابات المزاج والسلوك والشخصية تظهر نتيجة الخوف والأمزجة التى تميل للغضب وتفاعلاتها. يوجد بالتأكيد جدال حول إهمال مشاكل الغضب بشدة فى فهم المشاكل المرتبطة بالاضطرابات الذهنية. فى دراسة مهمة وشاملة، قيَّم بوسترناك Posternak وزيمرمان Zimmermann (95) درجة الغضب الذى شعر به أفراد عينة من ١٣٠٠ من مرضى العيادات الخارجية للطب النفسى. وقيَّم هذان المؤلفان مستويات الغضب الذاتى الذى تم الشعور به فى الأسبوع السابق، ومستوى التعبير الصريح عنه أيضًا. شعر على الأقل أكثر من نصف المرضى بمستويات متوسطة من الغضب الذاتى، وذكر أكثر من الربع شعورًا بغضب لافت أو شديد؛ ويُعرَّف "اللافت" بأنه "إدراك يكاد يكون مستمرا لشعور بغضب شديد" (ص ٦٦٧). وذكر الربع تقريبا تعبيرًا معتدلا على الأقل عن العدوانية الغاضبة. وتكرر الغضب الذاتى فى صورة مزاج كئيب وقلق، وهى حالات وجدانية معروفة على نطاق أوسع بأهميتها فى المضطربين ذهنيا. وللغضب، فى هذه الدراسة، ارتباطات قوية مع بعض اضطرابات المحور الأول (الاضطراب الانفجارى المتقطع، واضطراب توتر ما بعد الرض، والاضطراب ثنائى القطب، واضطراب الاكتئاب الجسيم، واضطرابات الجسدنة somatoform). كان

احتمال أن يذكر المرضى المشخصون بأى اضطراب فى الشخصية غضبا ذاتيا ٦.٢ مرة. واحتمال أن يذكر المصابون بالمجموعة "ب" من اضطرابات الشخصية غضبا ٦.٤ مرة. وكان للمجموعة "ب" أيضًا ارتباط قوى بالعدوانية الغاضبة.

توجد الآن مقاييس متطورة للقياس النفسى لتقييم مكونات الغضب (٣٤). قدم ديجيوسيب DiGiuseppe وتفريت Tafrate(٣٤) أدلة غير مباشرة عن الغضب فى اضطراب الشخصية فى التحقق من مقياس اضطرابات الغضب Anger Disorders Scaleمع مقياس لاضطرابات الشخصية- الاختبار الإكلينيكى متعدد المحاور لميلون-٣ MCMI-III(٨٠) ومقياس لاضطرابات المحور الأول فى ٢٣٠ سيكوباتيًا. وترتبط مقاييس الغضب بشكل دال، وإن يكن متواضعًا، بكثير من اضطرابات الشخصية. باختيار تعليق عن معدل ارتباط قاطع من ٠.٤٠ أو أكثر، يحقق مقياس اضطرابات الشخصية معدلا شاملا للغضب لا يرتبط بقوة باضطرابات الشخصية "السلبية" (+٠.٥٨) و"السادية" (+٠.٥٢) (لا يضم النص المعدل من النسخة الرابعة للدليل الأمريكى أى اضطراب منهما) فقط، بل يرتبط بشكل دال أيضًا باضطرابات الشخصية الحدية (+٠.٥٣) والفصامية (+٠.٤٣) والارتيابية (+٠.٤٤) والمضادة للمجتمع (٠.٤١). والمهم أنه كان هناك ارتباط سلبى دال (-٠.٤٦) بين اضطراب الشخصية القهرية والغضب. وعلى عكس التوقعات، لم يكن فى هذه الدراسة ارتباط دال بين اضطراب الشخصية النرجسية والغضب. وارتبطت أيضًا مكونات خاصة من مكونات الغضب (كما تعكسها المجموعات الفرعية) باضطرابات الشخصية. ارتبط مقياس الشخصية الحدية إيجابيا بالسأم والريبة والعدوانية السلبية. وكانت ارتباطات مقياس الشخصية المضادة للمجتمع متواضعة مع أى مجموعة فرعية من مجموعات الغضب. وارتبط اضطراب الشخصية الارتيابية بالريبة والامتعاض.

وذكر أيضًا جولد Gould وآخرون (44) ارتباطًا بين "هجمات الغضب" وسمات اضطرابات الشخصية فى المجموعة "ب" والمجموعة "ج"، وأيضًا مع سمات الفشل. وذكر فافا Fava وآخرون (39) ارتباطًا بين هجمات الغضب ومعدلات اضطرابات

الشخصية الحدية والنرجسية والهستيرية والمضادة للمجتمع. وفى مجموعة مكتئبة، ذكر تيدلو Tedlow وآخرون (101) ارتباطًا بين هجمات الغضب واضطرابات الشخصية الحدية والاجتنابية والاعتمادية والمضادة للمجتمع والنرجسية.

فى عمل حديث (26) تم إجراء تحليل وظيفى لمرضى اضطراب الشخصية الخطيرة والحادة فى وحدة خاضعة لإجراءات أمنية مشددة فى مستشفى رمبتون Rampton فى المملكة المتحدة. وكما فى دراسة سابقة مع حوادث العنف فى المرضى الذهانيين (27)، كان تعبير الغضب الوظيفة الأكثر شيوعًا عن الأفعال العدوانية، التى تحدث فى المؤسسة، والمتضمنة فى دليل الإجرام، قبل الحجز فى المستشفى. وإذا وضعنا فى الاعتبار ارتفاع المعدل المتوقع للخصائص السيكوباتية فى هذه المجموعة الأخيرة، يكون معدل تكرار الوظائف الإجرائية مثيراً للدهشة. تُصوَّر السيكوباتية عادة مرتبطةً بالعدوانية الإجرائية (22). (انظر مناقشة السيكوباتية والغضب فيما يلى).

الدليل الأمريكي والغضب:

من اضطرابات الشخصية الموصوفة فى النسخة الرابعة من الدليل الأمريكى، تتضمن أربعة فقط إشارة دالة للغضب ضمن خصائص التعريف: اضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع والحدية والنرجسية والارتيابية.

تتضمن معايير تشخيص اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع "التوتر والعدوانية، كما يتضح من المشاجرات والاعتداءات الجسدية المتكررة". يوجد وجه منطقى فى هذا المعيار فى أن العدوانية والمشاجرات والاعتداءات تشير أساسًا إلى السلوكيات نفسها. وتتسق صفة التوتر (سمة تُعتبَر عموما متداخلة مع سمة الغضب، رغم أنها ليست مرادفة لها) مع مفهوم أن المصاب باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع يميل للعدوانية الغاضبة، رغم أن التأكيد يتم على العدوانية لا الغضب. ويؤكد معلقون على اضطرابات الشخصية فى الدليل الأمريكى على أن الوضع بتلك الصورة

تماماً. يقترح سبيرى Sperry (99)، على سبيل المثال، أن "المصابين باضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع... لافتون فى غضبهم الاندفاعى وخداعهم ومكرهم" (ص١٦) ويتسمون بمزاج "معتل" يؤدى إلى سلوكيات شخصية "معادية وقتالية". وطبقا لرأى سبيرى، "يتجنب" المصابون باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع "المشاعر الرقيقة مثل الدفء والمودة". إن "عدم الإحساس بالندم" و"الاندفاع" أيضاً من معايير تشخيص اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فى النسخة الرابعة من الدليل الأمريكى. وتتسق السمتان الأخيرتان مع ضعف التنظيم وسلوكيات كبح الغضب.

من بين كل اضطرابات الشخصية الأربعة التى تناقش، لاضطراب الشخصية الحدية أقوى ارتباط بالغضب، طبقًا لوصف النسخة الرابعة من الدليل الأمريكى. أحد المعايير "غضب شديد غير مناسب أو صعوبة ضبط الغضب (على سبيل المثال، مظاهر متكررة من الانفعال، والغضب المستمر، والمشاجرات الجسدية المتكررة). ويوحى هذا المعيار بأن المصابين باضطراب الشخصية الحدية يتسمون بدرجة مرتفعة من سمة الغضب، وتُعرَّف الأخيرة عادة بارتفاع شدة الغضب وتكراره. ويوحى المعيار بارتفاع الخبرة الداخلية لانفعال الغضب إضافة إلى ارتفاع درجة التعبير السلوكى.

إضافة إلى هذا المعيار المرتبط بالغضب بشكل خاص، يوجد معيار آخر محدد هو "عدم الاستقرار الوجدانى نتيجة لتفاعل لافت فى المزاج (على سبيل المثال، نوبات شديدة من تعكر المزاج أو التوتر أو القلق) تستمرُ عادة بضع ساعات، ويندر أن تستغرق أكثر من بضعة أيام". وإذا وضعنا فى الاعتبار الجدل (فيما يلى) حول علاقة الغضب بالوجدان السلبى بصورة أعم، فإن معيار عدم الاستقرار الوجدانى يتسق مع حالة الغضب المرتفع المتأثر بالوجدان السلبى. ويعلِّق سبيرى (99) على "التفاعل التلقائى المرتفع" و"فرط الاستجابة" المرتبطين باضطراب الشخصية الحدية، وعلى النمط العام "لاتحاد الاستجابات الانفعالية الحادة، ونقص مهارات التنظيم الانفعالى والسلوك الاندفاعى" (ص ٦٠). ويمثل ضعف مهارات تنظيم الانفعال سمة أساسية فى وصف لاينهان Linehan (71) وليفسلى Livesley (72) لاضطراب الشخصية الحدية.

وهكذا، يشمل اضطراب الشخصية الحدية (بتعريف الدليل الأمريكى) انفعالَ غضبٍ شديدٍ متكررٍ، متحدا بضعف التنظيم الذاتى (43). ويوجد بعض التماثل فى صورة الغضب فى اضطرابى الشخصية المضادة للمجتمع والحدية، رغم اعتبار الغضب بوضوح أساسيا أكثر فى اضطراب الشخصية الحدية. ويحتمل أن تختلف المثيرات التى تثير استجابات الغضب فى اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع واضطراب الشخصية الحدية، ويُفترَض أن الاضطراب الأخير حساس بشكل خاص للنبذ والتبعية العنيدة والهجر، نتيجة للارتباطات غير الآمنة (38). يقترح دتون Duton وستارزومسكى Starzomski (38) أنه "لا يمكن تجنب وجه الغضب من أوجه المودة فى المصابين باضطراب الشخصية الحدية" (ص ٣٣٤). ومثيرات الغضب فى اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع أقل تحديداً، ويمكن توقع أن تتسم بطبيعة الإحباط العام، أو تتميز بتهديدات الهيمنة. ويتطلب الأمر تخطيطاً شكليا لطبيعة الحدث المثير فى اضطرابى الشخصية المضادة للمجتمع والحدية؛ ويبدو المصابون بالاضطرابين "حساسين للإثارة" (12) بطرق مختلفة.

ويأتى تضمين الغضب فى اضطراب الشخصية النرجسية أقل وضوحًا، لكنه متضمن بالتأكيد فى وصف النسخة الرابعة من الدليل الأمريكى. إن معيار "لديه إحساس بالاستحقاق، أى توقعات غير منطقية لعلاج مفضل بشكل خاص وطاعة تلقائية لتوقعاته" يترك النرجسى عرضة بشكل حتمى للغضب، أو على الأقل للإحباط، حين لا تتحقق هذه التوقعات (51). يصف سبيرى Sperry (99) مصابًا باضطراب الشخصية النرجسية بأن "من المرجح أن يستجيب للنقد بغيظ" (ص ١١٤) ويعرِّف الغضب النرجسى بأنه الأسلوب الانفعالى المميِّز لاضطراب الشخصية النرجسية. ويفترض ميلون Millon (81) أن النبرة الوجدانية فى اضطراب الشخصية النرجسية مرحة، خالية من الهموم وغير مبالية، لكن "حين ينفجر البالون... يحدث تحول سريع إلى توتر قاطع وعجرفة مع الآخرين، أو نوبات متكررة من الغم، تتميز بشعور بالخزى والخواء. ويحتمل أن يظهر النرجسى، متأثرا بهذه الظروف بشدة، تذبذبًا سريعا بين الغيظ والخجل ومشاعر الخواء" (ص ٤٠٨). وهكذا يعتبر النرجسى حساسًا، لكنه لا

يعبر عن الغيظ إلا فى ظل الأحداث المثيرة، على سبيل المثال حين تظهر تهديدات الأنا (6). ويتجلَّى هذا فى صياغة سبيرى Sperry (99) لاضطراب الشخصية النرجسية.

ويوجد دعم لارتباطات النرجسية بالغضب فى دراسات الشخصية فى المجموعات غير الإكلينيكية أيضًا (79). ذكر بابز Papps وأوكارول O'Carroll (89) ارتباطًا بين النرجسية وسمات ارتفاع تقدير الذات والغضب. حظيت وجوه خاصة للنرجسية، على سبيل المثال، بالاهتمام، وربما يكون للإحساس بالاستحقاق ارتباطات بالغضب أقوى من ارتباطات السمات الأخرى (107).

والمعايير المرتبطة بالغضب فى النسخة الرابعة من الدليل الأمريكى، فى اضطراب الشخصية الارتيابية، على النحو التالى: "يتشكك بدون أساس كافٍ فى أن الآخرين يستغلونه أو يؤذونه أو يخدعونه"؛ "يقرأ الخفى، والمعانى قليلة الشأن أو المهدِّدة فى الإشارات أو الأحداث الحميدة"؛ "يحمل الضغائن باستمرار، أى لا يتسامح بشأن الإهانات أو الجروح أو التوافه"؛ "يدرك الهجمات، غير الظاهرة للآخرين، على شخصيته أو سمعته، ويتفاعل بسرعة فى غضب وهجمات مضادة"؛ "يعانى من الشكوك بلا مبرر بشأن إخلاص الزوج أو الرفيق الجنسى". والمدهش فى هذه الخصائص (المعرفية أساسًا) فى اضطراب الشخصية الارتيابية أنها تعكس بالضبط تقريبا الانحرافات المعرفية وانحرافات الصفات التى يبدو أنها تميز التفاعلات العدوانية الغاضبة- صفة إضمار الحقد، واستيعاب الضغائن، واللوم، وعدم التسامح، توجد كلها فى العدوانيين الغاضبين (36 و37 و52 و87 و88). وبشكل مماثل، تشبه الأحداث المثيرة المحددة فى اضطراب الشخصية الارتيابية (الإهانات، الاستخفاف، الجروح) الأحداث المثيرة للعدوانية الغاضبة (11). يعلق سبيرى Sperry (99) بأن الانفعالين اللذين يتم التعبير عنهما بعمق فى اضطراب الشخصية الارتيابية هما "الغضب والغيرة الشديدة" (ص ١٥٦) وأن "الارتيابيين حساسون بشدة، ويغضبون للاستبعاد والاستخفاف وحتى الهمس" (ص ١٦١). ويرى بنتول Bentall وتايلور Taylor (7) أن نسبة النية الخبيثة للآخرين عملية مهمة فى حالات الارتياب، بينما يصف ميلون Millon

(81) المصابين باضطراب الشخصية النرجسية بأنهم "قاطعون عادة، وحاسدون وغيورون، وسريعون فى اقتراف المخالفات الشخصية، ويتفاعلون بغضب مع أقل استثارة" (ص ٧٠٤).

إذا وضعنا فى الاعتبار ارتباط الغضب (على الأقل) بوضوح بهذه الاضطرابات الأربعة فى الشخصية، فمن المدهش ألا يحظى مكوِّن الغضب إلا بقدر ضئيل من التحليل، أو بتحليل بالغ الإيجاز فى النصوص الرئيسية عن اضطرابات الشخصية، مما قد يعكس الانفصال المدمر لنظريات اضطرابات الشخصية عن التيار الرئيسى للتحليلات النفسية للانفعال. وهو ما يوازى، إلى وقت قريب، انفصال اضطراب الشخصية عن نظرية الشخصية عمومًا (16 و29 و73 و105).

الغضب والشخصية:

المحاولات الحديثة لوضع اضطرابات الشخصية فى الأبعاد الأساسية للشخصية الطبيعية (23) مفيدة من وجهين. أولا، موضع الميل للغضب فى فضاء أبعاد الشخصية الطبيعية واضح، وثانيًا، يمكن بحث الارتباطات بين بعض اضطرابات الشخصية ومجموعات السمات الطبيعية. ثمة درس واضح من هذا العمل وهو أن الميل للغضب (يسمى "العداء الغاضب" فى هذا السياق) وجه لبعد أوسع من أبعاد العصابية (105) فى نموذج العوامل الخمسة. ويؤكد الارتباط بالعصابية الاتصال بوجدان الغضب السلبى الذى وصفه بيركوفتز Berkowitz (10). انظر أيضًا دراسة هيكز Hicks وباتريك Patrick (56) التى تناقش فيما يلى. ويتسق الارتباط بين الغضب والوجدان السلبى أيضًا مع الدليل على أن "نوبات" الغضب أكثر شيوعًا فى الاكتئاب واضطرابات القلق ونوبات الهلع (44).

تعكس المعدلات المرتفعة على وجه "العداء الغاضب" معاناة الفرد من "نوبات غيظ وضراوة شديدين وخارجين عن السيطرة؛ وفرط الحساسية؛ يتفاعل بسهولة بغضب

وعداء تجاه مصادر الإزعاج، أو التوبيخ، أو النقد، أو الرفض، أو الإحباط، أو أحداث أخرى ضئيلة؛ المناقشات المثيرة للعداء، والجدال، والصراع" (23، ص ٤٣٨). إن الارتباطات المقترحة بين الغضب واضطرابات الشخصية التى ذُكرت أعلاه تؤكدها أيضا محاولة ويديجر Widiger وآخرين (105) لتطبيق نموذج العوامل الخمسة على اضطرابات الشخصية. ويقترح المؤلفون السابقون أن وجه "العداء الغاضب" فى العصابية مرتفع فى اضطرابات الشخصية الحدية والنرجسية والمضادة للمجتمع والارتيابية، كما ذكرنا من قبل. تشترك هذه الاضطرابات الأربعة فى الشخصية فى ارتفاع درجة الغضب، لكن يمكن التمييز بينها بالأبعاد والوجوه الأخرى فى نموذج العوامل الخمسة.

فى دراسة عن المتحرشين بالأطفال، وجد مادسن Madsen وبارسنز Parsons وجروبين Grubin (75) أن المصابين باضطرابات الشخصية يمكن أن يتميزوا عن غير المصابين باضطرابات الشخصية بمعدلاتهم المرتفعة فى مجالات نموذج العوامل الخمسة وأوجهه، خاصة على مقاييس العصابية (مرتفعة) والقبول (منخفضة). ومن المهم فى هذا الفصل أن وجه العداء–الغضب كان أفضل مميِّز لوجود اضطراب الشخصية وغيابه، رغم تميز الأوجه الأخرى (الاندفاع والثقة).

السيكوباتية والغضب:

تبين أن السيكوباتية، كما تعرِّفها القائمة السيكوباتية المعدلة، بشكل يدعو للثقة، مرتبطة بالسلوك العدوانى والعنيف، ويُعتقَد أنها من أفضل المؤشرات لتكرار جرائم العنف (50 و 92). ويحتمل أن يربط العوام، وربما الإكلينيكيون، السيكوباتى بالميل لأفعال عنف متطرف. لكن إثبات أن السيكوباتيين، بين الجناة، أكثر عنفًا من غير السيكوباتيين، أو يحتمل أكثر أن يدانوا من جديد بسبب العنف، لا يتضمن بالضرورة ارتباط السيكوباتية فى ذاتها بشكل متأصل بالعدوانية. ويحتمل أن يكون ارتباط

السيكوباتية (50) بالأفعال العدوانية الإجرائية أقوى من ارتباطها بالأفعال العدوانية الغاضبة، واضعين فى الاعتبار الطبيعة "الباردة" التى تفتقر للوجدان للسيكوباتيين (50). واتساقًا مع هذا التصور، قارن كورنيل Cornell وآخرون (22) الجناة العنيفين ممن اقترفوا على الأقل جريمة إجرائية بمن لهم تاريخ فى اقتراف جرائم العنف التفاعلية. فى كل من المجموعتين اللتين تمت دارستهما، يمكن التمييز بين المجموعتين العنيفتين على أساس معدلات سيكوباتية هير Hare. ولمثل هذه الدراسات تطبيقات فى طرق التدخل العلاجى، تقترح أن السيكوباتى العنيف بشكل إجرائى ليس فى حاجة إلى طرق تدخل للعلاج اللغضب، مما يتطلب، ربما، أن يتعلم التغلب على عيوب الكف وأشكال الخلل المرتبطة بها فى التطور الخلقى (18).

استكشف باتريك (91) بشكل مفيد جدا مفهوم العدوانية فى التعليق الواعد الذى قدمه كليكلى Cleckley (20) على السيكوباتية. ويشير إلى أن معايير كليكلى لا تتضمن مؤشرات للعداء أو العدوانية، وأن السلوك العنيف الخطير لا يعتبر مميِّزًا للاضطراب، رغم حدوث العدوانية والعنف فى بعض الحالات الخمس عشرة النموذجية التى تناولها كليكلى. والأكثر ارتباطًا بالفصل الحالى أن تعليق كليكلى اقترح أيضًا أن العدوانية حين تحدث لا تكون من النوع الغاضب. ويوضح اقتباسان (لباتريك) من نص كليكلى هذه النقطة: "بدأت مشاجراته دائمًا بسبب أمور تافهة... لم يهاجم الآخرين أبدًا فجأة أو بشكل مبهم... كانت أسباب مشاحناته مفهومة بسهولة وتبين عادة أنها مماثلة لتلك التى تحرك المتنمر المألوف بين طلاب المدارس... لم تظهر علامات تدل على غيظ شديد، أو حتى على دوافع قوية لدرجة لا يمكن التحكم فيها... بدت الرغبة فى الاستعراض حافزًا قويا وراء الكثير من مشاجراته (20، ص ٣٢-٣٣؛ 91، ص ٦٠١). "فى رأيى أن السيكوباتى المعتاد حين يقترف... أحيانًا عملا كبيرًا من أعمال العنف، يكون عادة عملا بسبب، لا نتيجة انفعال هائل أو نتيجة لخطط يتبعها باستمرار قدر من الحماس والاندفاع القهرى... لا ينفجر السيكوباتى كالبركان، تحت رحمة دوافع لا تُقاوَم ونوبات غيظ غامرة. يبدو غالبًا متحمِّسًا بالكاد حتى حين يحنق أو ينزعج (20، ص 263؛ 91، ص ٦٠٧).

يبدو أن السيكوباتى، كما تعرِّفه القائمة السيكوباتية المعدلة، ينهمك بسهولة فى العدوانية، لكن هذه العدوانية قد لا تكون أساسية فى الاضطراب. والأكثر أهمية بالنسبة لنا، إنه لا يوجد ما يوحى بميل السيكوباتيين (الأوليين) للغضب، رغم أن ندرة الدراسات الإمبريقية فى خبرة السيكوباتى بالغضب والتعبير عنه مدهشة (انظر (100)). وتتسق الخبرة المنخفضة بالغضب مع ما افتُرِض أنه جزء من خبرة عامة منخفضة بالوجدان السلبى، بما فى ذلك القلق والخوف والحزن والشعور بالذنب والعار، والغضب أيضًا، فى السيكوباتيين، وهو ما يسميه هيكز وباتريك (56) الانفعالية السلبية. وكما يشير هيكز وباتريك (56)، لا يتسق الدليل المرتبط باتسام السيكوباتيين حقا بانفعالية سلبية متوقعة نظريا مع دراسات تسجل اختلافات بين العاملين الأول والثانى فى القائمة السيكوباتية المعدلة، يرتبط العامل الأول سلبيا بالتوتر، وإيجابيا بالانفعالات الموجبة، ويرتبط العامل الثانى إيجابيا بالانفعالية والعدوانية الاندفاعية.

تبدو الانفعالية السلبية بُعْدًا متعدد الأوجه مع بعض التمييز لمكوِّنات الخوف والكرب الانفعالى والغضب، بينما يظهر الغضب ارتباطًا كبيرًا بشكل معتدل بالكرب الانفعالى (56). فى دراسة هيكز وباتريك، أظهر الاختلاف الفريد فى العامل الأول فى القائمة السيكوباتية المعدلة ارتباطًا سلبيا ضعيفًا بالغضب/ العداء، بينما أظهر الاختلاف الفريد فى العامل الثانى ارتباطًا قويا بالغضب/ العداء. ويبدو أن هذا يسمح بوجود ارتباط للعدوانية الغاضبة بالسيكوباتية، رغم أن هذا خاصٌّ ببُعْد العامل الثانى فى السيكوباتية المعرَّفة بالقائمة السيكوباتية المعدلة. ويذهب هيكز وباتريك بعيدًا جدا حتى يقترحا أن "القائمة السيكوباتية المعدلة تحدد كينونتين متميزتين- إحداهما مناظرة ظاهريا لتفاعل التوتر المنخفض وأسلوب شخصى مطيع، وجينيا لضعف أساسى فى التفاعل الدفاعى (الخوف)، والأخرى مناظرة ظاهريا للأسلوب السلوكى العدوانى الاندفاعى (المجسِّد externalizing) (ص ٢٨٤؛ انظر أيضًا (٩٢)؛ (٥٥)). ويتضمن هذا العمل أن العدوانية فى السيكوباتى "الخالص" عند كليكلى يحتمل أكثر

أن توجهها الرغبة (أى "إجرائئة" أو "استباقية") ثم تُحفِّز دفاعيا (ص ٣١٢؛ انظر أيضًا الفصل الثامن الذى كتبه هوارد فى هذا المجلد).

استنتاجات عن ارتباطات الغضب باضطراب الشخصية:

إن استنتاج أن الغضب مرتفع فى اضطرابات الشخصية، كما وصفنا من قبل، لا يثير الدهشة عمومًا. صحيح أنه بديهى فى اضطرابى الشخصية الحدية والمضادة للمجتمع لأن الغضب معيار للتشخيص، رغم أنه استنتاجى فى اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع. ويبدو الغضب مشكلة بالغة الأهمية لا يمكن تجاهلها فى المصابين باضطرابات الشخصية. ورغم ذلك، من الجوهرى أن تُقيِّم البحوثُ الإمبريقية بشكل أكثر منهجية مدى الغضب، وخاصة طبيعته، فى هؤلاء الناس. للغضب كثير من المكونات البيئية والمعرفية والوجدانية والنفسية الفسيولوجية والتنظيمية الذاتية، وتحتاج أنماط هذه المكونات فى اضطرابات الشخصية بشكل خاص إلى التقييم.

إذا كانت اضطرابات الشخصية تؤثر فى الحقيقة على العدوانية فمن المفيد، وحتى من الضرورى، توضيح التأثيرات المحتملة لمثل هذه الاضطرابات على النماذج الحالية لأسباب العدوانية. بوضع مركزية التعرض لأحداث منفرة (محبطة أو "مثيرة")، والغضب الناجم عنها (أو الوجدان السلبى بشكل أشمل)، فى الاعتبار بوصفها وسيطًا للعدوانية فى الكثير من نظريات العدوانية (10)، تكون الأسئلة التى يجب طرحها بوضوح على النحو التالى: هل المصابون باضطرابات الشخصية: (1) معرضون لمستويات مرتفعة من "الإثارة" المنفرة (لا يتضمن مصطلح الإثارة هنا أن مسئولية الأحداث المنفرة يتحملها الآخرون، أو أن اللوم يقع على الآخرين بسببها)؟ ربما يتسبب أيضًا المصابون باضطرابات الشخصية فى خبراتهم المنفرة نتيجة التأثيرات السلبية على الآخرين لسلوكياتهم الاندفاعية أو المضادة للمجتمع. (2) من المحتمل أكثر أن ينهمكوا فى التقديرات والتقييمات والمعتقدات المعرفية التى من المعروف أنها تسبب الاستجابات الغاضبة والعدوانية للتنبيه المنفر (تقديرات النية السلبية واللوم والصفات

العدائية، إلخ)؟ (3) هل يحتمل أكثر أن يظهروا نشاطًا فسيولوجيا أقوى للأحداث الاجتماعية المنفرة؟ (4) هل يحتمل أكثر أن يظهروا تفاعلات غضب أشد وبمعدل أعلى؟ (5) أم إنهم يشبهون غير المصابين باضطرابات الشخصية فى الآليات من (1)-(4)، لكنَّ لديهم عيوبًا فى مهارات التنظيم الذاتى المطلوبة لكبح الميول للأفعال العدوانية الناجمة عن (١)-(٤)؟ بالمصطلحات الدارجة، قد لا يكون المصابون باضطرابات الشخصية أكثر غضبا، أو أقل، من بقيتنا، لكن تحكمهم فى الانفعال أقل فاعلية. أينما كان الغضب أعلى فى المصابين باضطرابات الشخصية، توجد حاجة لفهم تفصيلى للعمليات والمكوِّنات الخاصة التى تؤدى إلى ارتفاع الغضب.

وصف ستيوروولد Steuerwald وكوسون Kosson (100) صعوبات منهجية كثيرة فى هذا المجال، بما فيها التعويل المرتفع على مقاييس التقرير الذاتى عن الغضب، وهى موضع شبهة فى هذه المجموعة الإكلينيكية، واستخدام مجموعات متناظرة (على سبيل المثال، طلاب اجتماعيون وطلاب غير اجتماعيين)، واستخدام مناهج مثل التعليقات المصورة التى تخلط مقاييس الغضب بعيوب المشاركة الوجدانية، والانفصال بين المقاييس الذاتية والصريحة للغضب، والفشل فى التمييز بين شدة استجابات الغضب وتكرارها، والمصداقية البيئية المنخفضة لمواضع الدراسة.

علاج الغضب في اضطرابات الشخصية:

يمثل علاج الغضب anger treatment (وهو المصطلح المستخدم هنا بدلا من معالجة الغضب anger management)، من بعض النواحى، قصة من قصص نجاح العلاج المعرفى السلوكى المعاصر. وقد حقق نجاحًا بمعنيين لهذا المصطلح. أولا، كان علاج الغضب من أكثر العلاجات المنبثقة عن العلاجات المعرفية السلوكية شيوعًا، خاصة فى المواقع الإصلاحية ومواقع الطب الشرعى (63). يبدو أن تعبير "معالجة الغضب" دخل المعجم الشعبى لدرجة تحفيز إنتاج فيلم طويل بهذا العنوان، وصار عنوانًا شائعًا فى الصحف ("قاض يأمر ضارب زوجة بمعالجة الغضب...") . كان الوجه

الثانى والأكثر أهمية للنجاح تراكم الأدلة على تأثيره. أوضحت التحليلات الجمعية (32 و 33) أن العلاج المعرفى السلوكى للغضب يقلل بشكل دال مشاكل الغضب مقارنة بالحالات الضابطة، بحجم تأثير معتدل على الأقل.

يوجد على الأقل معنيان لهذه العبارة العامة عن التأثير، وثيقا الصلة بهذا الفصل وهذا المجلد. الأول: لا يبدو أن الجناة العنيفين الخطيرين بشدة، أو بدرجة مرتفعة، يظهرون باستمرار الاستجابة الإيجابية ذاتها لعلاجات الغضب، مثلما هو حال من يعانون من مشاكل الغضب لكن مع مشاكل أقل حدة من العدوانية واقتراف الجرائم (54 و63 و104). ناقش هويلز Howells وآخرون (63) ووات Watt وهويلز (104)
الأسباب المحتملة لانخفاض الفاعلية مع مجموعات الجناة العنيفين، بما فى ذلك تأثيرات المشاكل النفسية والاجتماعية والطب نفسية المصاحبة، والعلاج المكثف بشكل غير كافٍ، وعدم انتقاء المشاركين فى العلاج بشكل جيد، وانخفاض الاستعداد للعلاج، فى التأثيرات المعتدلة للعلاج.

المعنى الثانى: إن تقييمات علاجات الغضب مع العدوانيين مضطربى الشخصية نادرة حقا فى الأدبيات المنشورة. لكن قد تكون هذه المشكلة أقل ظهورا حيث يندر البحث عن اضطراب الشخصية فى السجن ومواقع الإصلاح فى المجتمع. وإذا وضعنا فى الاعتبار معدل الانتشار المرتفع لاضطراب الشخصية، وخاصة اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، فى الجناة والمجموعات ذات الخطورة المرتفعة (21 و 40)، فيحتمل أن تضم تلك المجموعات التى درسها دودين Dowden وبلانشيت Blanchette وسيرين Serin (35) وآخرون نسبة كبيرة من المشاركين المصابين باضطرابات الشخصية.

ويعتقد أن علاج الغضب لم يحظ إلا باهتمام خاطف فى مجموعات الجناة المضطربين ذهنيا، من ناحية بسبب التمثيل المنخفض لمشاكل الغضب فى أنظمة تصنيف مثل الدليل الأمريكى والتصنيف الدولى العاشر حيث تحتل دورا هامشيا شكليا (انظر ما سبق) (66). ذكر جونز Jones وهولين Hollin برنامجًا علاجيا للغضب

فى الجناة مضطربى الشخصية فى مواضع تخضع لإجراءات أمنية مشددة. ووُصِف محتوى البرنامج ببعض التفصيل، وحظى الحافز المتواصل والاستعداد باهتمام خاص. وبشكل مشجع كان العلاج جوهريا (٣٣ جلسة)، ويتعامل مع إيحاءات (63) بأن البرامج كانت موجزة جدا وأن ذلك قد يساهم فى انخفاض الفعالية. وكان النقص المشجِّع فى الغضب والسلوكيات المرتبطة بالغضب واضحًا، ويعترف المؤلفون بأن الأعداد كانت صغيرة ولم تكن هناك مجموعة ضابطة غير خاضعة للعلاج.

إذا ثبت أن الفرضية (أعلاه)، بأن الاضطرابات المختلفة فى الشخصية تتسم بمجموعات مختلفة من خصائص الغضب، صحيحة فإن هناك تضمينًا واضحًا بأن مختلف اضطرابات الشخصية تتطلب استراتيجيات علاجية مختلفة لتقليل الغضب. ويحتاج الأمر أيضًا أن يتم علاج "عرَض" الغضب فى نقطة مناسبة فى البرامج العلاجية التكاملية والمتتابعة المخصصة لاضطرابات الشخصية (73).

وتوجد أدلة على أن تأثير علاجات الغضب فى الجناة العنيفين يعوقها انخفاض الاستعداد أو الحافز للعلاج من بعض المشاركين (54 و60 و63 و61 و106). ربما يضخم أيضًا وجود الخصائص الأخرى لاضطراب الشخصية (على سبيل المثال، الاندفاع، انخفاض الطاعة) انخفاض الاستعداد للعلاج والانخراط فيه (62).

أخيرًا، توجد نتائج أخرى لخطط علاج الغضب من بعض الأبحاث والنتائج الإكلينيكية التى طُرِحتْ فى هذا الفصل. يوحى ارتباط الغضب بالوجدان السلبى الأوسع بالرغبة فى مقاربة أوسع وأكثر تنظيمًا لتقليل العدوانية الغاضبة بتحسين الحالة الوجدانية للفرد فى العلاج. ويمكن أن يكون لها أوجه بيئية ومعرفية وسلوكية وفسيولوجية وحتى عقاقير نفسية (70). وتطورت بالفعل استراتيجية تحسين الوجدان السلبى، وبالتالى الدوافع المختلة وظيفيا، المتعلقة باضطراب الشخصية الحدية (71 و 72). ربما تساهم بشكل جيد مهارات "التعرف على الانفعالات"، و"الوجدان وتحمل الكرب"، و"تهدئة النفس"، و"المعلومات الأساسية"، و"ضبط الانتباه"، "والمبالاة" (تُطرَح عمومًا فى هذه البرامج) فى مساعدة الناس على تنظيم خبرة الغضب، بحيث لا يُعاقبون بها (انظر الاقتباس البوذى فى مستهل هذا الفصل.

المراجع

1. Anderson, C.A. and Bushman, B.J. (2002) Human aggression. Annual Review of Psychology, 53, 27-51.

2. Averill, J.R. (1982) Anger and Aggression: An Essay on Emotion, Springer, New York.

3. Barratt, E.S. and Slaughter, L. (1998) Defining, measuring and predicting impulsive aggression: a heuristic model. Behavioral Sciences and Law, 16, 285-302.

4. Barrett, L.F., Gross, J., Christenson, T.C. and Bienvenuto, M. (2001) Knowing what you're feeling and knowing what to do about it; mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. Cognition and Emotion, 15, 713-24.

5. Baumeister, R.F., Heatherton, T.E. and Tice, D.M. (1994) Losing Control: How and Why People Fail at Self Regulation, Academic, San Diego.

6. Baumeister, R.F., Smart, L. and Boden, J.M. (1996) Relation of threatened egotism to violence and aggression: the dark side of high self-esteem. Psychological Review, 103, 5-33.

7. Bentall, R.P. and Taylor, J.L. (2006) Psychological processes and paranoia: implications for forensic behavioural science. Behavioral Sciences and Law, 24, 277-94.

8. Berkowitz, L. (1993) Aggression: Its Causes, Consequences and Control, McGraw-Hill, New York.

9. Berkowitz, L. (2000) Causes and Consequences of Feelings, Cambridge University Press, Cambridge.

10. Berkowitz, L. (2003) Affect, aggression and antisocial behavior, in Handbook of Affective Sciences (eds R.J. Davidson, K.R. Scherer and H.H. Goldsmith), Oxford University Press, Oxford, pp. 804-23.

11. Berkowitz, L. and Harmon-Jones, E. (2004) Towards an understanding of the determinants of anger. Emotion, 4, 107-30.

12. Bettencourt, B.A., Talley, A., Benjamin, A.J. and Valentine, J. (2006) Personality and aggressive behavior under provoking and neutral conditions: meta-analytic review. Psychological Bulletin, 132, 751-77.

13. Blackburn, R. (1971) Personality types among abnormal homicides. British Journal of Criminology, 37, 166-78.

14. Blackburn, R. (1986) Patterns of personality deviations among violent offenders: replications and extension of an empirical taxonomy. British Journal of Criminology, 26, 254-69.

15. Blackburn, R. (1993) The Psychology of Criminal Conduct, John Wiley & Sons, Ltd, Chichester.

16. Blackburn, R. (2007) Personality disorder and psychopathy: conceptual and empirical integration. Psychology, Crime and Law, 13, 7-18.

17. Blair, R.J.R. (2004) The roles of orbital frontal cortex in the modulation of antisocial behaviour. Brain and Cognition, 55, 198-208.

18. Blair, R.J.R. (2006) The emergence of psychopathy: implications for the neuropsychological approach to developmental disorders. Cognition, 101, 414-42.

19. Bushman, B.J. and Anderson, C.A. (2001) Is it time to pull the plug on the hostile versus instrumental aggression dichotomy? Psychological Review, 108, 273-79.

20. Cleckley, H. (1976) The Mask of Sanity, 5th edn., Mosby, St. Louis MO.

21. Coid, J. (2002) Personality disorders in prisoners and their motivation for dangerous and disruptive behaviors. Criminal Behaviour and Mental Health, 12, 209-26..

22. Cornell, D.G., Warren, J., Hawk, G. et al. (1996) psychopathy in instrumental and reactive violent offenders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 783-90.

23. Costa, P.T. and Widiger, T.A. (2002) Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality, 2nd edn, American Psychological Association, Washington DC.

24. Crick, N.R. and Dodge, K.A. (1994) A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. Psychological Bulletin, 115 (1), 74-101.

25. Crick, N.R. and Dodge, K.A. (1996) Social information-processing mechanisms in reactive and proactive aggression. Child Development, 67, 993-1002.

26. Daffern, M. and Howells, K. (in press) The functions of aggression in personality disordered offenders. Journal of Interpersonal Violence.

27. Daffern, M., Howells, K. and Ogloff, J.R.P (2007) What's the point? Towards a methodology for assessing the function of psychiatric inpatient aggression. Behavior Research and Therapy, 45, 101-11.

28. Davey, L., Day, A. and Howells, K. (2005) Anger, over-control and serious violent offending. Aggression and Violent Behavior, 10, 624-35.

29. Day, A. and Bryan, J. (2007) Personality change and personality disorder: some initial thoughts on the application of McAdams' triarchic model to the treatment of personality disorder. Psychology, Crime and Law, 13, 19-26.

30. Day, A., Gerace, A., Wilson, C. and Howells, K. (2008) Promoting forgiveness in violent offenders: a more positive approach to offender rehabilitation. Aggression and Violent Behavior, 13 (3), 195-200.

31. Deffenbacher, J.L. (1999) Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. Journal of Clinical Psychology, 53, 295-309.

32. Del Vecchio, T. and O'Leary, D. (2004) Effectiveness of anger treatments for specific anger problems: a meta-analytic review. Clinical Psychology Review, 24, 15-34.

33. DiGuiseppe, R. and Tafrate, R. (2003) Anger treatment for adults: a meta-analytic review. Clinical Psychology: Science and Practice, 10, 70-84.

34. DiGuiseppe, R. and Tafrate, R.C. (2004) Anger Disorders Scale: Manual, Multi-Health Systems Inc.

35. Dowden, C., Blanchette, K. and Serin, R. (1999) Anger Management Programming for offenders: An Effective Intervention, Correctional Service of Canada, Ottawa.

36. Dodge, K.A. (1991) The structure and function of reactive and proactive aggression, in The Development and Treatment of Childhood Aggression (eds D.J. Pepler and K.H. Rubin), Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ, pp. 201-18.

37. Dodge, K.A. and Coie, J.D. (1987) Social information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. Journal of Personality and Social Psychology, 53 (6), 1146-58.

38. Dutton, D.G. and Starzomski, A.J. (1993) Borderline personality in perpetrators of psychological and physical abuse. Violence and Victims, 8, 327-37.

39. Fava, M., Rosenbaum, J.F., McCarthy, M.K. et al. (1993) Anger attacks in unipolar depression-Part 1: Clinical correlates and response to fluoxetine treatment. American Journal of Psychiatry, 150, 1158-63.

40. Fazel, S. and Danesh, J. (2002) Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. Lancet, 359 (9306), 545-50.

41. Forgas, J.P. (2001) Handbook of Affect and Social Cognition, Erlbaum, Mahwah, NJ.

42. Frijda, N.H. (1986) The Emotion, Cambridge University Press, Cambridge.

43. Gardner, D.L., Leibenluft, E., O'Leary, K.M. and Cowdry, R.W. (1991) Self-ratings of anger and hostility in borderline personality disorder. Journal of Nervous and Mental Disease, 179, 157-61.

44. Gould, R.A., Ball, S., Kaspi, S.P. et al. (1996) Prevalence and correlates of anger attacks: a two-site study. Journal of Affective Disorders, 39, 31-8.

45. Gross, J. (1998a) Antecedent and response focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression and physiology. Journal of Personality and Social Psychology, 74, 224-37.

46. Gross, J. (1998b) The emerging field of emotion regulation: an integrative review. Review of General Psychology, 2, 271-99.

47. Gross, J. (2002) Emotion regulation: affective, cognitive and social consequences. Psychophysiology, 39, 281-91.

48. Groth, A.N. (1979) Men Who Rape, Plenum, New York.

49. Hanson, R.K. and Harris, A.J.R. (2000) Where should we intervene? Dynamic predictors of sexual offense recidivism. Criminal Justice and Behavior, 27, 6-35.

50. Hare, R.D. (2006) Psychopathy: a clinical and forensic overview. Psychiatric Clinics of North America, 29, 709-24.

51. Hart, P.L. and Joubert, C.E. (1996) Narcissism and Hostility, Psychological Reports, 79, 161-2.

52. Hazebroek, J., Howells, K. and Day, A. (2001) Cognitive appraisal associated with high trait anger. Personality and Individual Differences, 30, 31-45.

53. Hemenover, S.H. and Zhang, S. (2004) Anger, personality and optimistic stress appraisals. Cognitive and Emotion, 18, 363-82.

54. Heseltine, K., Howells, K. and Day, A. (submitted) Brief anger interventions with offenders may be ineffective: a replication and extension. Behaviour Research and Therapy.

55. Hicks, B.M. Markon, K.E. and Patrick, C.J. (2004) Identifying psychopathy sub-types on the basis of personality structure. Psychological Assessment, 16, 276-88.

56. Hicks, B.M. and Patrick, C.J. (2006) Psychopathy and negative emotionality: Analyses of suppressor effects reveal distinct relations with emotional distress, fearfulness, and anger-hostility. Journal of Abnormal Psychology, 115, 276-87.

57. Howells, K. (1998) Cognitive-behavioural interventions for anger, aggression and violence, in Treating Complex Cases: The Cognitive Behavioural Therapy Approach (eds N. Tarrier, A. Wells and G. Haddock), John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, pp. 295-318.

58. Howells, K. (2008) The treatment of anger in offenders, in Anger and Indigenous Men (eds A. Day, M. Nakata and K. Howells), The Federation Press, Annandale NSW, pp. 20-30.

59. Howells, K. (submitted) The treatment of anger in offenders.

60. Howells, K. and Day, A. (2003) Readiness for anger management: clinical and theoretical issues. Clinical Psychology Review, 23, 319-37.

61. Howells, K. and Day, A. (2006) Affective determinants of treatment engagement in violent offenders. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 50, 174-86.

62. Howells, K. and Day, A. (2007) Readiness for treatment in high risk offenders with personality disorders. Psychology, Crime and Law, 13, 47-56.

63. Howells, K., Day, A. and Williamson, P. et al.(2005) Brief anger management programs with offenders: outcomes and predictors of change. Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 16, 296-311.

64. Howells, K., Day, A. and Wright, S. (2004) Affect, emotions and sex offenders. Psychology, Crime and Law, 10, 179-95.

65. Hudson, S.M., Ward, T. and McCormack, J.C. (1999) Offense pathways in sexual offenders. Journal of Interpersonal Violence, 14, 779-98.

66. Jones, D. and Hollin, C.R. (2004) Managing problem anger: the development of a treatment program for personality disordered patients in high security. International Journal of Forensic Mental Health, 3, 197-210.

67. Knight, R.A. and Prentky, R.A. (1990) Classifying sexual offenders: the development and corroboration of taxonomic models, in Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories and Treatment of the Offender (eds W.L. Marshall, D.R. Laws and H.E. Barbaree), Plenum, New York, pp. 23-52.

68. Lang, R., Holden, R., Langevin, R. et al. (1987) Personality and criminality in violent offenders. Journal of Interpersonal Violence, 2, 179-95.

69. Langton, C.M. and Marshall, W.L. (2000) The role of cognitive distortions in relapse prevention programs, in Remaking Relapse Prevention with Sex Offenders (eds D.R. Laws, S.M. Hudson and T. Ward), Sage, Thousand Oaks, CA, pp. 167-86.

70. Lara, D.R. and Akiskal, H.S. (2006) Towards and integrative model of the spectrum of mood, behavioral and personality disorders based on fear and anger traits: II: implications for neurobiology, genetics and psychopharmacological treatment. Journal of Affective Disorders, 94, 89-103.

71. Linehan, M.M. (1993) Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder, Guilford, New York.

72. Livesley, D.J. (2003) Practical Management of Personality Disorder, Guilford, New York.

73. Livesley, D.J. (2007) The relevance of an integrated approach to the treatment of personality disordered offenders. Psychology, Crime and Law, 13, 27-46.

74. Loza, W. and Loza-Fanous, A. (1999) The fallacy of reducing rape and violent recidivism by treating anger. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 43, 492-502.

75. Madsen, L., Parsons, S. and Grubin, D. (2006) The relationship between the five-factor model and DSM personality disorder in a sample of child molesters. Personality and Individual Differences, 40, 227-36.

76. McEllistrem, J.E. (2004) Affective and predatory violence: a bimodal classification system of human aggression and violence. Aggression and Violent Behavior, 10, 1-30.

77. Megargee, E. (1996) Undercontrolled and overcontrolled personality types in extreme antisocial aggression. Psychological Monographs, 80, 1-116.

78. Megargee, E.I. (1997) Internal inhibitions and controls, in Handbook of Personality Psychology, Academic.

79. McCann, J.T. and Biaggio, M.K. (1989) Narcissistic personality features and self-reported anger. Psychological Reports, 64, 55-8.

80. Millon, T. (1993) Millon Clinical Multiaxial Inventory-III, National Computer Systems, Minneapolis.

81. Millon, T. (1996) Disorders of Personality: DSM-IVtm and Beyond, John Wiley & Sons, Ltd, New York.

82. Mohr, P., Howells, K., Gerace, A. et al. (2007) The role of perspective taking in anger arousal. Personality and Individual Differences, 43 (3), 507-17.

83. Nesbit, S.M., Conger, J.C. and Conger, A.J. (2006) A quantitative review of the relationship between anger and aggressive driving. Aggression and Violent Behavior, 12 (2), 156-76.

84. Novaco, R.W. (1996) Clinicians ought to view anger contextually. Behaviour Change, 10, 208-18.

85. Novaco, R.W. (1997) Remediating anger and aggression with violent offenders. Law and Criminological Psychology, 2, 77-88.

86. Novaco, R.W., Ramm, M. and Black, L. (2001) Anger treatment with offenders, in Handbook of Offender Assessment and Treatment (ed. C.R. Hollin), John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, pp. 281-96.

87. Novaco, R.W. and Welsh, W.N. (1989) Anger disturbances: cognitive mediation and clinical prescription, in Clinical Approach to Violence (eds K. Howells and C.R. Hollin), John Wiley & Sons, Ltd, Chichester.

88. Ortony, A., Clore, G.L. and Collins, A. (1988) The Cognitive Structure of Emotions, Cambridge University Press, New York.

89. Papps, B.J. and O'Carroll, R.E. (1998) Extremes of self-esteem and narcissism and the experience and expression of anger and aggression. Aggressive Behavior, 24, 421-438.

90. Parrott, D.J. and Giancola, P.R. (2006) Addressing "the criterion problem" in the assessment of aggressive behaviour: development of a new taxonomic system. Aggression and Violent Behavior, 12 (3), 280-99.

91. Patrick, C.J. (2006) Back to the future: Cleckley as a guide to the next generation of psychopathy research, in Handbook of Psychopathy (ed. C.J. Patrick), Guilford, New York, pp. 605-17.

92. Patrick, C.J. and Zempolich, K.A. (1998) Emotion and aggression in the psychopathic personality. Aggression and Violent Behavior, 3, 303-38.

93. Pithers, W.D., Kashima, K.K., Cumming, G.F. et al. (1988) Relapse prevention of sexual aggression, in Human Sexual Aggression: Current perspectives (eds R.A. Prentky and V.L. Quinsey), Annals of the New York Academy of Sciences, Vol. 528, New York Academy of Sciences, New York, pp. 244-60.

94. Polaschek, D.L.L:, Hudson, S.M., Ward, T. and Siegert, R.J. (2001) Rapists' offence processes: a preliminary description model. Journal of Interpersonal Violence, 16, 523-44.

95. Posternak, M. and Zimmermann, M. (2002) Anger and aggression in psychiatric outpatients. Journal of Clinical psychiatry, 63, 665-72.

96. Power, M. and Dalgleish, T. (1999) Cognitive and Emotion: From Order to Disorder, Psychology Press, Hove.

97. Russel, J.A. and Fehr, B. (1994) Fuzzy concepts in a fuzzy hierarchy: varieties of anger. Journal of Personality and Social Psychology, 67, 186-205.

98. Smith, C.A. and Elsworth, P.C. (1985) patterns of cognitive appraisal in emotion. Journal of Personality and Social Psychology, 48, 813-38.

99. Sperry, M. (1995) Handbook of Diagnosis and Treatment of DSM-IV Personality Disorders, Brunner/ Mazel, Levittown, PA.

100. Steuerwald, B.L. and Kosson, D.S. (2000) Emotional experiences of the psychopath, in The Clinical and Forensic Assessment of Psychopathy: A Practitioner's Guide (ed. C.B. Gacono), Erlbaum, Mahwah, NJ, pp. 111-35.

101. Tedlow, J., Leslie, V., Keefe, B.R. et al. (1999) Axis I and Axis II disorder comorbidity in the unipolar depression with anger attacks. Journal of Affective Disorders, 52, 217-23.

102. Tsytsarev, S. and Grodnitsky, G. (1995) Anger and criminality, in Anger Disorders (ed. H. Kassinove), Taylor and Francis, Philadelphia, PA, pp. 91-108.

103. Ward, T., Louden, K., Hudson, S.M. and Marshall, W.L. (1995) Descriptive model of the offence chain for child molesters. Journal of Interpersonal Violence, 10, 452-72.

104. Watt, B. and Howells, K. (1999) Skills training for aggression control: evaluation of an anger management program for violent offenders. Legal and Criminological Psychology, 4, 285-300.

105. Widiger, T.A., Trull, T.J., Clarkin, J.F. et al. (2002) A descriptive of the DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality, in Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality, 2nd edn (eds P.T. Costa, and T.A. Widiger), American Psychological Association, Washington DC.

106. Williamson, P., Day, A. and Howells, K. (2003) Assessing offender readiness to change problems with anger. Psychology, Crime and Law, 9, 295-307.

107. Witte, T.H., Callahan, K.L. and Perez-Lopez, M. (2002) Narcissism and anger: an exploration of underlying correlates. Psychological Reports, 90, 871-5.

108. Yates, E., Barbaree, H.E. and Marshall, W.L. (1983) Anger and deviant sexual arousal. Behaviour Therapy, 15, 287-94.

109. Zechmeister, J.S. and Romero, C. (2002) Victim and offender accounts of interpersonal conflicts: autobiographical narratives of forgiveness and unforgiveness. Journal of Personality and Social Psychology, 82, 675-86.

الفصل الحادى عشر

صعوبات الارتباط

أنتوني ر. بيتش وجان ج. ميتشل

جامعة برمنجهام، المملكة المتحدة

المقدمة

يرى جلبرت Gilbert وبروكتور Proctor (41) أن الارتباط بالرضع والاهتمام العام الموجه لهم كان أحد التغيرات التطورية الأساسية التى ظهرت فى تطور الثدييات. ولاحظا أيضًا أن الكثير من الثدييات (وخاصة البشر) تحتاج إلى إشارات الرعاية والوجدان وتستجيب لها، وطورت أجهزة "اتصال" تستجيب لهذه الإشارات. ولاحظ نيلسون Nelson وبانكسب Panksepp (70) أن الآليات العصبية التى تشكل أساس الارتباط منظمة فى **جهاز تحفيزى موجه اجتماعيا** فى الدماغ. ويظهر هذا الجهاز العصبى فى الطفولة المبكرة، ويستمر فى تعديل السلوكيات الاندماجية طوال حياة الفرد. للاندماج والتفاعلات الاندماجية تأثير ملطِّف، يغير عتبات الألم ويخلق خبرات الأمان، ويؤثر على الوجدان وأجهزة تنظيم الوجدان (تهدئة النفس) فى الدماغ (41).

وتشمل هذه الأجهزة النيوروببتايد، الأوكسيتوسين والفازوبرسين، وتُمثَّل بالجهاز الطرفى فى الدماغ، وخاصة اللوزة وقرن آمون hippocampus (71)[(١)].

وصف بولبى Bowlby (15 و16 و17) مفهوم الارتباط فى البشر أساسًا بأنه عملية بواسطتها يكون للرضيع احتياج بيولوجى فطرى يبقيه على اتصال لصيق بأمه، أو راعٍ رئيسى آخر (27). ووصف تشابل Chapple (23) ارتباطًا فى البلوغ بأنه "ارتباط" بالآخرين. يقترح منظرو الارتباط الذين يعملون فى منطقة العلاقات الشخصية عند البالغين أن العلاقة بين الراعى والطفل تقدم نموذجًا أو قالبًا للعلاقات الشخصية فى المستقبل، ولعلاقات المودة مع الآخرين (24). ويعمل هذا طوال حياة الفرد بصرف النظر عما إذا كانت العلاقة بين الطفل فى طفولته وراعيه الأساسى (أو رعاته) إيجابية أم سلبية. ويمكن اعتبار أسلوب الارتباط مجموعة خصائص مستمرة تمنح معنى للخبرات الحياتية للمرء وتفاعلاته مع الآخرين (101). وجادل ورد Ward وهدسون Hudson ومرشال Marshall (97) بأن بهذه الطريقة تتطور التوقعات بشأن العلاقات الشخصية فى أن الأفراد قد يرون أنهم جديرون باهتمام الآخرين ويستحقونه، أو على العكس غير جديرين باهتمام أحد ولا يستحقونه. وتؤدى ارتباطات الأمان إلى نشأة نماذج داخلية مؤثرة للآخرين باعتبارهم يمثلون الأمان والعون والدعم (9)، بينما تجعل الارتباطات غير الآمنة الفرد يركز على قدرة الآخرين على ضبطها أو رفضها (40).

ربما تمثل صعوبات الارتباط محددًا أساسيا فى تفسير سبب حدوث بعض أشكال العنف الشخصى والإساءة. افترض بولبى (14)، على سبيل المثال، أن السيكوباتية والعنف والجريمة ترتبط أساسًا باضطرابات الارتباط، وأن الأفعال

(١) النيوروببتايد neuropeptides: مجموعة مركبات متعددة البيبتايد، تعمل بمثابة ناقلات عصبية. الأوكسيتوسين oxytocin: هرمون متعدد البيبتايد، يفرز من الفص الخلفى فى الغدة النخامية، ينبه تقلص عضلات الرحم أثناء الولادة ويسهل قذف اللبن من الثدى أثناء الرضاعة. الفازوبرسين vasopressin: هرمون يفرز من الفص الخلفى من الغدة النخامية، يسبب انقباض الأوعية الدموية، ويقلل إفراز البول، ويعرف أيضًا بالهرمون المضاد لإفراز البول.

المضادة للمجتمع تمثل محاولات مشوهة للتبادل الانفعالى الشخصى. ولاحظ آخرون أن حيوات المجرمين العنيفين ترتبط بأكثر صور اختلال الارتباط تطرفًا، وبتاريخ من الإساءة، وفقر واضح فى المشاركة الوجدانية (على سبيل المثال، (٢٥)). تبين أيضًا أن استمرارية السلوك المضاد للمجتمع طوال العمر يرتبط بضعف الارتباط بالوالدين (34). لكن من المهم ملاحظة أن نسبة صغيرة فقط ممن يتسمون بأسلوب ارتباط غير آمن يتورطون فى النشاط الإجرامى. وبالتالى، ينبغى اعتبار صعوبات الاتصال مجرد وجه من أسباب حدوث العنف.

يسعى هذا الفصل إلى استكشاف العلاقة بين صعوبات الارتباط وبعض أوجه العنف الشخصى. نسعى بشكل خاص إلى أن نفحص أولا كيفية ظهور سمات الشخصية والاستجابة المختلة وظيفيا مع مختلف أساليب الارتباط، وثانيًا، كيف تؤدى، جزئيا، إلى اقتراف أنواع مختلفة من الجرائم، أى، **عمومية/ متخصصة** (85). ثم نوضح بإيجاز بعض العمليات البيولوجية العصبية والنفسية التى يعتقد أنها تسبب اختلال الارتباط وظيفيا فى هذه المجموعات، وفى النهاية نقترح بعض وسائل التدخل العلاجى لمواجهة المشاكل المرتبطة بالارتباط.

مشاكل الارتباط والعنف

تم تحديد أربعة أساليب ارتباط للبالغين فى مرحلة البلوغ، أسلوب "آمن" وثلاثة "غير آمنة":

١- **الآمن/ التلقائى**، يتميز بتقدير الخبرات المرتبطة بالارتباط، سواء كانت مفضلة أم غير مفضلة. ولدى المعروفين بأنهم يتسمون بهذا الأسلوب مستويات مرتفعة من تقدير الذات، ويعتبرون الآخرين دافئين ومقبولين ويسجلون مستويات مرتفعة من المودة فى العلاقات الحميمة فى البلوغ (97). ويرتبط هذا النمط بتنشئة حساسة ومستجيبة فى الطفولة.

٢- **المنشغل** *preoccupied* (بشكل مربك، تسمى نسخة الطفولة من هذا الأسلوب **المتضارب** *ambivalent*)، ويتميز بالانشغال بماضى خبرات الارتباط، والعجز عن تسجيل صورة مترابطة للتفاعلات مع الآخرين (47). ويرتبط هذا الأسلوب بزيادة خطورة العزلة الاجتماعية والنبذ، والشعور بالعجز (36). وتبين أن هذا الأسلوب يرتبط بنمط تنشئة غير متسقة فى الطفولة، حيث يتصرف الأب بطرق "تعوق استقلالية الطفل أو استكشافه" (22، ص ٩٨١)، مما يجعل الفرد غير واثق بطبيعة العلاقات ويعيش فى خوف من النبذ (46).

٣- **الرافض** (تدعى نسخة الطفولة من هذه النسخة **الاجتنابى**)، ويتميز بالتركيز على الإنجاز والاعتماد على الذات على حساب المودة. ويرتبط هذا النمط بأسلوب تنشئة رافض أو معيق، يتلخص فى تصرف الوالدين بطريقة بعيدة وباردة ومتحكمة، وبشكل لا يشجع الاستقلال (11). واقترح هنرى Henry ووانج Wang (46) أن هذا الأسلوب من أساليب الارتباط يسبب إخماد "آلية الارتباط"، مما يؤدى فى النهاية إلى شخص بالغ تلقائى انفعالى ومستعد للتعبير عن سلوكيات حفظ الذات. وربما يتوقع أن يظهر هؤلاء الأشخاص سلوكيات مضادة للمجتمع، وهم غالبا منشغلون بذواتهم ولا يرغبون فى الاقتراب من الآخرين من أجل الدعم (٨٠)، ويقبلون مواقف الجنس العارض (33). وبالتالى يحتمل أكثر أن ينهمكوا فى "علاقات الليلة الواحدة" (18) وزيارة العاهرات و/ أو الانهماك فى الجنس القسرى (97).

٤- **المشوش** (يسمى أحيانا **المعلّق**)، ويرتبط فى غالبا بسوء معاملة الوالدين أكثر من ارتباط بقية أساليب الارتباط غير الآمن (20 و 94)، و/ أو شعور الرعاة الأساسيين بفقدان معلّق أو صدمة من جانبهم (1 و 61). وهنا يثور الجدل حول أن أسلوب التنشئة مخيف أو خائف، بحيث يقع الفرد، فى طفولته، فى صراع لأن ما ينبغى أن يكون مصدر أمن له يصبح مصدر خوف. وقد لا يكون المتسمون بهذا الأسلوب عدائيين بشكل نشط فى تفاعلاتهم مع الآخرين، وقد يتصرفون بطريقة عدوانية سلبية. وفى علاقات المودة ربما يؤدى بهم خوفهم من النبذ أو اجتناب القرب إلى السعى إلى الجنس بطريقة غير شخصية (97).

ينبغى أن نلاحظ أيضًا استخدام مصطلح "غير مصنَّف" فى بعض الدراسات حيث لا يمكن التعرف على أسلوب ارتباط محدد.

وكما هو الحال فى التصنيف التشخيصى للارتباط غير الآمن، يصف النص المعدل من الدليل الأمريكى الرابع (4) **اضطراب الارتباط التفاعلى فى الرضاعة والطفولة المبكرة** *Reactive Attachment Disorder of Infancy and Early Childhood*، حيث يُذكر نوعان من الاضطراب: **المكبوح** حيث الفشل المستمر فى استهلال معظم التفاعلات الاجتماعية والاستجابة لها بطريقة مناسبة؛ **والمنفلت** حيث تختلط التصرفات الاجتماعية، أو لا يوجد انتقاء فى اختيار صور الارتباط.

وإذا وضعنا فى الاعتبار غزارة الأدلة فى أدبيات الجناة فيما يتعلق بتاريخ الأحداث السيئة فى الطفولة والمشاكل المرتبطة بالارتباط. على سبيل المثال، تاريخ صدمة أو إساءة (44)، فلن يكون من غير المنطقى اقتراح أن الكثير من الجناة لديهم صعوبات فى إقامة علاقات شخصية واستمرارها، وفى العلاقات الجنسية المناسبة مع البالغين. وبمناقشة تطور السلوكيات المزعجة والسلوكيات العدوانية/ العنيفة، على سبيل المثال، لاحظ عدد من المؤلفين الدور القسرى للتفاعلات بين الآباء والأطفال وغياب الرابطة الإيجابية والوجدانية بين الآباء والأطفال، والإهمال، وتنشئة غير متسقة، وشدة العقاب (39 و42 و79). ذكر ليونز رث Lyons-Ruth وألبرن Alpern وريباكولى Repacholi (60) أن الارتباط المشوش، مع المشاكل النفسية الاجتماعية المتعلقة بالأم، مؤشر مرتفع للسلوكيات العدائية العدوانية فى سن مبكرة جدا. وتوصل فينزى Finzi وآخرون (36) إلى استنتاج مماثل، حيث ذكروا أن الأطفال الذين تعرضوا لإساءات جسدية تميزوا بأسلوب ارتباط اجتنابى، وكانوا عدوانيين، ومتوجسين من الآخرين. بينما اقترح بولبى (14)، منذ أكثر من نصف قرن، أن الانفصال المبكر عن نماذج الارتباط، أو غيابها، تجعل الأفراد مهيئين لنشأة البرود الانفعالى أو "التحجر الانفعالى" الذى يميز السيكوباتية وأنواع مختلفة من السيكوباثولوجيا.

وبالنسبة للكيفية التى يؤدى بها الارتباط غير الآمن إلى السلوكيات المضادة للمجتمع فى مرحلة البلوغ، افترض بولبى (16) أنه حين يشعر الأطفال بالانفصال عن الآباء، وحين يهدد الآباء بالهجر، يغضب الأطفال بشدة. ولاحظ دوزير Dozier وستوفل Stovall وألبوس Albus (31) أن الانفصال العادى بين الأطفال والآباء يمكن أن يؤدى إلى الغضب، لكن حين تصحب الانفصالَ الطويل تهديداتٌ مخيفة من الآباء/ الراعين، فيحتمل أن يشعر الأطفال بمستوى مختل وظيفيا من الغضب تجاه الآباء/ الرعاة الأساسيين يتضمن كراهية شديدة غالبًا. فى البداية، ربما يُوجَّه الغضب تجاه الآباء، لكنه يعتبر استراتيجية خطيرة (بوضع سلوك الآباء فى الاعتبار)، ومن ثم يُكرَّر الغضب ويُوجَّه إلى أهداف أخرى (16). ولاحظ كريساتى Craissati (25) أن الغياب المبكر لارتباط قوى بالآباء، فى المراهقين المنحرفين، قد يتوارى بقدرة البالغين جسديا على ضبط الطفل. إن غياب ضبط الآباء من خلال روابط قوية قد لا يتجلَّى حتى بدايات المراهقة حين يكون هدف الحياة نقل الروابط إلى الرفاق والمؤسسات الاجتماعية (من قبيل المدارس) وتكون هناك حاجة إلى ضبط داخلى بشكل قوى من خلال الأخلاق والمشاركة الوجدانية والاهتمام والوفاء (38).

يوضح جوزيف Joseph (٤٩) الآلية التى يمكن أن تؤدى بها هذه المشاكل فى الطفولة إلى مشاكل بيولوجية عصبية، واضطرابات تالية فى الأداء الاجتماعى، على النحو التالى:

تؤدى التنشئة المحرومة أو غير الطبيعية إلى اضطراب فى كل أوجه الأداء الاجتماعى والانفعالى، وتؤثر على نمو الأطراف العصبية dendrites والمحاور العصبية axons ونقاط التشابك synapses والخلايا العصبية البينية والخلايا العصبية وأنسجة الربط glia وبقائها. تتطور اللوزة والمطوقة ونوى الحاجز بمعدلات مختلفة[٢]، ويرتبط

(٢) نوى الحاجز septal nuclei: توجد هذه النوى فى وسط الجزء الباطنى الأمامى من المخ cerebrum، وتتكون من خلايا عصبية متوسط الحجم، تجتمع معا فى مجموعات متوسطة وجانبية وخلفية، وتلعب هذه النوى دورا فى المكافأة والتعزيز.

ذلك بظهور الحذر والخوف والارتباطات الانتقائية واللهو، والمرحلتين الفمية والقضيبية من مراحل النمو... الجزء المتوسط من اللوزة والجزء الجانبى من المطوقة والنوى الحاجزة هى الأجزاء الأكثر حساسية فى السنوات الثلاث الأولى من الحياة. إذا حرمت هذه النوى من التنبيه الكافى فربما تضمر، ويظهر نشاط يشبه نوبات الصرع، أو تستمر، أو تتشكل، ارتباطات تشابك بينى غير طبيعية، مما يؤدى إلى عزلة اجتماعية، وخجل مرَضى، وانفعالية انفجارية أو غير ملائمة، وعجز عن تكوين ارتباطات انفعالية طبيعية (ص ١٨٩).

وفيما يتعلق بتكوين الجرائم الجنسية، كان مرشال Marshall (62) أول من اقترح أن الارتباط غير الآمن فى الطفولة يؤدى إلى صعوبات فى إقامة علاقة حميمة فى البلوغ وفى متابعة المودة من خلال السلوك الجنسى غير الملائم، بينما وجد كريساتى Craissati وماكلارج McClurg وبراون Browne (26) أن الجناة الجنسيين ذكروا عادة أسلوب تنشئة "يتسم بالسيطرة والخلو من العاطفة". ويحتمل أيضًا بشكل كبير أن تحدث الإساءة الجسدية والجنسية فى ظل حياة منزلية تتميز بضعف العلاقات الأبوية مع وجود تاريخ أبوى للعدوانية أو إساءة استخدام الكحول أو الإجرام (30 و56 و98). كان الجناة الجنسيون الذين سجلوا أسلوب ارتباط غير آمن يحتمل أيضًا أن يذكروا تعرضهم لإساءات جنسية أكثر ممن سجلوا أسلوب ارتباط آمن (83). وقد يرجع ذلك إلى أنهم حظوا باهتمام أقل مما حظى به أطفال الارتباط الآمن.

نلقى الآن نظرة بتفصيل أكثر تحديداً على أنواع الاضطراب المرتبط بجريمة العنف والجنس. نفحص أولا مشاكل الارتباط فيمن يمكن اعتبارهم جناة عموميين، وخاصة فى المصابين باضطرابات من خصائصها البارزة السلوك المضاد للمجتمع (أى اضطراب السلوك والسيكوباتية واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع)، وثانيا فى مجموعة الجناة الأكثر **تخصصا** ممن يقترفون جرائم الجنس مع الأطفال.

الارتباط والتضاد العام مع المجتمع:

فى الأدبيات إشارات قوية إلى علاقة الارتباط الرافض بالاضطرابات المضادة للمجتمع. وجد روينشتاين Rosenstein وهوروفيتز Horowitz (77) ، على سبيل المثال، فى عينة من الشباب المشخصين باضطراب السلوك، نمطًا متكررًا ومستمرًا من السلوك تنتهك فيه الحقوق الأساسية للآخرين أو الأعراف الاجتماعية، وصنف عمومًا على أنه أسلوب ارتباط رافض.

ويبدو أيضًا أن هناك ارتباطًا قويا بين الارتباط المشوش والارتباط الرافض والإجرام بشكل أعم. وتأتى الأدلة على هذا التأكيد من دراسة ألن Allen وهوسر Hauser وبورمان سبوريل Borman-Spurel (2) ، حيث قاسوا الحالات الذهنية بين مراهقين محجوزين فى مستشفيات الطب النفسى أو طلاب المدارس الثانوية، ووجدوا أن الارتباط تنبأ بجرائم حدثت بعد عشر سنوات، حتى مع وضع الحجز فى مستشفيات الطب النفسى فى الاعتبار. بشكل أكثر تحديدًا، تم التنبؤ بالإجرام بواسطة "تفسخ الارتباط"، شكل من الارتباط الرافض حيث يستخف الشخص أو ينتقد نماذج الارتباط سلبًا، أو الخبرات المرتبطة بالارتباط. وجد فان إيزندورن Van Ijzendoorn وآخرون (93) تمثيلا مفرطًا للارتباط المشوش، أو غير المصنف، فى مجموعة من الجناة المحتجزين فى مؤسسات الطب الشرعى للصحة الذهنية بسبب جرائم خطيرة مثل القتل و/ أو الجرائم الجنسية. وسجل بيكر Baker وبيتش Beech (8) معدلات مرتفعة من الارتباطات المشوشة فى مجموعات الطب النفسى الشرعى من الجناة العنيفين، وممن اقترفوا الاغتصاب الجنسى بالعنف، مقارنة بعينات غير إكلينيكية وجناة غير جنسيين وغير عنيفين.

وكما هو الحال فى علاقة الارتباط غير الآمن والسيكوباتية، وجد فرودى Frodi وآخرون (39) فى دراسة صغيرة لستة وعشرين من الجناة المجرمين، أقل من ثلثى عينتهم من السيكوباتيين، المعرفين بالقائمة السيكوباتية المعدلة- نسخة الفحص (43)، أن معظمهم ذكروا أسلوب ارتباط رافض، واعتُبِر الباقون "غير مصنفين". لا توحى

المستويات المرتفعة التى سجلها فرودى وآخرون للارتباط الرافض بأن السيكوباتية تنشأ بالضرورة من ارتباط رافض. ورغم ما يبدو من عدم ألفة العينة لمفهوم الارتباط فى ذاته، توحى حقيقة أن هؤلاء الأفراد لم تكن علاقتهم طيبة بآبائهم أو رعاتهم (كما تبين من الإساءة الشديدة فى الطفولة، والإهمال الهائل، وإضفاء الطابع المؤسسى مبكرًا) برباط محتمل.

سجل لانج Lang وأف كلنتيبيرج Af Klinteberg وألم Alm (55) علاقة بين أن يكون المرء ضحية فى طفولته والعنف فيما بعد كما يتبين من معدلات السيكوباتيين لآباء من مدمنى الكحول أو من المضادين للمجتمع. ووجد أولريتش Ullrich ومرنيروس Marneros (90) ، فى دراسة تتناول التحليل العاملى لمعدلات أبعاد اضطرابات الشخصية فى التصنيف الدولى العاشر مقيسة بالفحص الدولى لاضطرابات الشخصية (69)، وجدا أن الذين يحققون معدلات مرتفعة على العامل الأول (سمات غير اجتماعية وارتيابية وهستيرية واندفاعية) يحتمل أكثر أن يكونوا قد تربوا على يد راع أساسى واحد فقط، أو تبدل رعاتهم كثيرا، أو كان رعاتهم عنيفين، و/ أو كان رعاتهم ممن يسيئون استخدام المواد المحظورة. ووُجِد أن للعامل الأول، كما عرَّفته دراسة أولريتش ومرنيروس، ارتباطًا قويا بالسيكوباتية (مقيسة بالقائمة السيكوباتية، نسخة الفحص، (43)). ولاحظ بلير وميتشل وبلير (12) أن هذه التنشئة السيئة تؤدى إلى ارتباط ضعيف يعوق العملية التى تؤدى إلى تطور الجوانب الخلقية، ومن ثم تطور الخصائص السيكوباتية. ويتأسس الجدل من ناحية على إمكانية رؤية عناصر السمات السيكوباتية قبل سن الثامنة (13 و 78).

تدعم نموذج الارتباط لتطور السلوكيات السيكوباتية، أيضًا، دراستا حالة ذكرهما أندرسون وآخرون (5 و 6) حيث حدث تلف للجزء الباطنى المتوسط من مقدمة الفص الجبهى فى مرحلة مبكرة جدا من الطفولة. وكان من المتوقع أن يعكس هذا التلف الرضى للدماغ بعض التغيرات العصبية التى تنجم عن رض نفسى كما ذكر سلمان Soloman وهيد Heid (84). أدَّى التلف الرضى فى الدماغ فى هاتين الحالتين إلى

متلازمة يمكن أن تدعى "سيكوباتية زائفة" واستمرت فى مرحلة البلوغ. ولم تظهر الحالتان كل خصائص السيكوباتية، لكن تفكيرهما الخلقى كان محدوداً للغاية، وكانا مسيئين لغويا وجسديا، ولم تكن لديهما قدرة على التخطيط، ولم يعبِّرا قط عن الذنب أو الندم على سلوكهما، ولم يستجيبا للعقاب اللغوى أو الجسدى.

وكما هو الحال بالنسبة للتنشئة السيئة ومشاكل الارتباط فى اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، وجد زنارينى Zanarini وآخرون (102) أن ٨٩٪ من أفراد عينتهم ممن تنطبق عليهم معايير النسخة الثالثة من الدليل الأمريكى (3) لتشخيص اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ذكروا أنهم جربوا الانفصال لفترات طويلة عن والد/ راع فى وقت ما فى طفولتهم، وخاصة من خلال الطلاق أو الانفصال (76)، رغم عدم تأكيد أولريتش ومرنيروس (90) لهذه النتيجة فى "الفحص الدولى لاضطرابات الشخصية" لمجموعة العامل السيكوباتى. ووجد ماكورد McCord (63) أن اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع النتيجة الأكثر احتمالا حين لا تكون الأم حنونًا ولا تقدم رعاية كافية، أو حين يكون الأب "منحرفا". سجل زنارينى Zanarini وآخرون أن كثيرا من المشخصين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمعين ذكروا تعرضهم لإساءة جسدية أو معاملة فظة فى الطفولة. وسجل فوناجى Fonagy وآخرون (37) تمثيلا مرتفعًا لأسلوب الارتباط المشوش فى عينة تضم ٨٢ مريضًا غير ذهانى، مقارنة بعينة ضابطة ملائمة.

ومن ثم فإننا نتحرك هنا باتجاه ارتباط عام بين الارتباط الرافض، وفى بعض الحالات الارتباط المشوش، فى تلك الاضطرابات المرتبطة بالسلوك المضاد للمجتمع والإجرام بشكل أكثر عمومية. ونلاحظ أن كندلر Kendler ودفيس Davis وكسلر Kessler (50) وصفوا عاملا افتراضيا يصفونه بالتجسيد ربما يوحد هذه الاضطرابات السلوكية المضادة للمجتمع (مع الاعتماد على المواد المحظورة). ورغم ذلك يجدر بنا أيضًا ملاحظة أن الارتباطات المشوشة والرافضة ممثلة أيضًا بصورة أكبر فى اضطرابات أخرى مثل اضطراب الشخصية الحدية (37) والفصام ((88)، مذكور فى (31)). ونتناول الآن مشاكل الارتباط فى الجناة الجنسيين.

الارتباط الإشكالى والإساءة الجنسية للطفل:

وجد ورد Ward وهدسون ومرشال (97) بعض الأدلة على أن المسيئين جنسيا للأطفال من المحتمل أكثر أن يسجلوا أسلوب الارتباط المنشغل، مقارنة بالمغتصبين والجناة العنيفين والجناة غير العنيفين، بينما يحتمل أن يسجل المغتصبون أسلوبا رافضا أكثر من المسيئين للأطفال والجناة غير العنيفين. وسجل ستيرب Stirp وآخرون (87) أن أسلوب الارتباط المنشغل متفشٍ بشكل خاص فى الجناة الجنسيين للأطفال من خارج العائلة (الجناة الذين يمارسون الجنس مع الأطفال paedophilic)[٣]. ويمكن لهذا الأسلوب أن يحدث مشاكل فى طريقة ارتباطهم بالآخرين، ويسبب مشاكل عدم الكفاءة والتوحد (96). وبشكل مماثل لاحظ بكستر Baxter وآخرون (10) أن ممارسى الجنس مع الأطفال يتميزون بعدم الكفاءة الاجتماعية. والافتقار إلى مهارات الشخصية والثقة، ويقلقون من تفاعلات البلوغ. وهذا النمط لا يثير الدهشة إذا وضعنا فى الاعتبار أن عدداً من الدراسات سجلت أن نسبة أكبر من ممارسى الجنس مع الأطفال يعانون من اضطرابات القلق، وبشكل خاص من الرُهَاب الاجتماعى مقارنة بالمجموعات الأخرى من الجناة (48و64 و75).

يجد مرضى الرهاب الاجتماعى التفاعلاتِ مع الآخرين مهدِّدةً إلى حد بعيد، وخاصة حين تحمل خطورة التقييم السلبى. ويُعتقَد أن القلق الاجتماعى والرهاب الاجتماعى يعكسان خوفًا ناجمًا عن التقييم الاجتماعى، ويؤديان إلى التجنب الاجتماعى (74)، مما قد ينبثق من أسلوب ارتباط متضارب فى الطفولة يؤدى إلى خوف من النبذ. ويرتبط هذا الأسلوب بزيادة خطورة العزلة الاجتماعية والنبذ الاجتماعى ومشاعر العجز فى مرحلة البلوغ (36). واتساقًا مع هذه الملاحظات أوضح

---

(٣) يحتمل أكثر أن لدى الجناة الذين يمارسون زنى المحارم (داخل العائلة) أن يكون أسلوب ارتباط رافض، مما يشير إلى أنهم قد يكونون مضادين للمجتمع بشكل عام (المؤلفان).

إيستود Eastwood وأخرون (32) أن مرضى الرهاب الاجتماعى بارعون فى التقاط التعبيرات السلبية، لا الإيجابية، لمشتَّتين بأوجه حيادية. ومع ذلك قد يظهر القلقون اجتماعيا أيضاً بشكل متناقض مستويات مرتفعة من الاعتماد على الآخرين (28). ومن ثم قد يرى الجناة المصابون بالرهاب الاجتماعى من ممارسى الجنس مع الأطفال أن الأطفال أقل تهديدا وأكثر اعتماداً على الآخرين.

ناقشنا بإيجاز العلاقة بين صعوبات الارتباط فى الجناة العموميين والمضادين للمجتمع، وما يمكن أن يسمى الجناة الأكثر تخصصا فى الجنس مع الأطفال، ويمكن أن نبرهن على أن المفتقَد عموماً فى هذا العمل تفسيرٌ مقنعٌ نظريا للعلاقة بين العيوب الشخصية وهذه الأنواع الخاصة من السلوك المضاد للمجتمع. لا نقول إننا يمكن أن نقدم تفسيراً، لكننا فى القسم التالى نقدم نموذجاً بيولوجيا مؤقتا لتفسير هذه السلوكيات الإجرامية.

باتجاه نموذج بيولوجي عصبي لمشاكل الارتباط في الجناة

عند افتراض نماذج لمشاكل الارتباط، مستلهمة من البيولوجيا العصبية، فى الجناة مضطربى الشخصية ركَّزْنا على التباين بين الجناة السيكوباتيين ومن يركزون على ممارسة الجنس مع الأطفال، حيث يبدو أنهم يمثلون الطرفين المتباعدين للتمييز بين العام والخاص. ومشاكل الارتباط. قدم هذا الرأى بلير وميتشل وبلير (12)، ويلاحظون أنه "تبدو على مرضى هذا الاضطراب (الرهاب الاجتماعى) خصائص متناقضة مع للسيكوباتية" (ص ٨٩). ورغم ذلك قد يرتاب آخرون فى هذا التمييز.

اختلافات في وظيفة اللوزة:

قد يكون من الاختلافات الرئيسية بين المجموعتين اختلافٌ فى وظيفة اللوزة. جادل بلير وآخرون (13) فى أن السيكوباتية اضطراب ارتقائى، تعكس خصائصه النفسية/

السلوكية أداء غير طبيعى فى دوائر عصبية تشمل اللوزة والجزء المحجرى من الفص الجبهى. ويظهر السيكوباتيون، بشكل خاص، نشاطًا منخفضًا فى اللوزة أثناء التذكر الانفعالى والمهام الشرطية المنفرة، ويظهرون عيوبًا فى التعرف على تعبيرات الرعب على الأوجه، وهى مهمة تتأثر بشدة بتلف اللوزة.

فى المقابل، يظهر مرضى الرهاب الاجتماعى نشاطًا زائدا بشكل غير طبيعى فى اللوزة عند التطلع إلى الأوجه الغضبى والمزدرية (٥١؛ ٧٢؛ ٨١؛ ٨٦). إضافة إلى ذلك، يرتبط هذا النشاط الزائد فى اللوزة بشدة أعراض القلق الاجتماعى، لا بالحالة أو السمة العامة لمستويات للقلق (٧٢). ويعرض فيت Veit وآخرون (٩٥) ما قد يكون أوضح تمييز بين هاتين المجموعتين يتمثل فى أن السيكوباتيين ومرضى الرهاب الاجتماعى متضادون تمامًا فى وظيفة اللوزة/ مقدمة الفص الجبهى فى تجربة للفحص تشمل التنفير الشرطى من الأوجه الحيادية.

يوحى نقص التعرف على الخوف فى السيكوباتيين، نتيجة نقص وظيفة اللوزة، بأنه قد يسهل اقتراف الجرائم، بوصفه مكونًا أسياسيًا لاقتراف العنف تجاه الآخرين والشرط الأساسى لعدم التعرف على الحالة الذهنية للآخر (الضحية المحتمل) أو عدم فهمها. وهكذا تجعل هذه الشروط اقتراف الجريمة العامة أسهل بكثير.

وكما هو الحال فيمن يركزون على التعامل الجنسى مع الأطفال، لدينا بيانات غير منشورة توحى بأنهم يظهرون خوفًا غير عادى من التلوث من سوائل أجساد الآخرين. وتقل هذه المخاوف إذا نبعت هذه السوائل من أجساد الأطفال وليس البالغين. ويحتمل أن تتوسط اللوزة فى هذه المخاوف غير الطبيعية من التلوث حيث ترتبط زيادة نشاط اللوزة بالتعرض لصور ترتبط بتهديدات التلوث (92). ويمكن أن نجادل فى أن هذه العوامل تعمل فى تناغم لتجعل من يركز على التعامل الجنسى مع الأطفال يُدفَع لتكوين ارتباطات حميمة، لكنه يخاف من الاقتراب من النساء البالغات خوفًا من التقييم السلبى والنبذ المصاحبين لخوف من التلوث منهن. وهكذا قد يمثل الأطفال تهديدًا صحيا أقل، إضافة إلى أنهم أقل تهديدًا من الناحية الاجتماعية.

الاختلافات في وظائف الببتايدات العصبية:

إن جهاز الإفراز المركزى للببتايدات العصبية، الأوكسيتوسين والفازوبرسين، هو الجهاز البيولوجى العصبى الأكثر بروزاً فى العلاقة بالارتباط، بالنسبة لاختلافات الكيمياء العصبية بين المجموعات. أثناء سلوكيات الارتباط، تقوم خلايا عصبية توجد أساساً فى تحت المهاد hypothalamus واللوزة بإفراز ببتايدات عصبية فى مجموعة متنوعة من أجزاء الدماغ[٤] نتيجة لخبرات حسية سارة اجتماعيا، مثل اللمسات والروائح المريحة (99). لاحظ وِسْمِر فرايز Wismer Fries وآخرون (99) أن "الببتايدات العصبية ترتبط بظهور الرابطة الاجتماعية، والرعاية الأبوية، وتنظيم التوتر، والتواصل الاجتماعى، والتفاعل العاطفى" (ص ١٧٢٣٧). وبشكل أكثر تحديدا: يتدخل **الأوكسيتوسين** فى التعرف الاجتماعى، والرابطة الاجتماعية. توحى الأدلة بأن الأوكسيتوسين يرتبط بالدعم الاجتماعى، وينظم إفراز هرمون التوتر ويخفف التوتر (45). فى النساء، يُفرَز أثناء الولادة وبعد تنبيه الحلمات، وهكذا يسهِّل الولادة والرضاعة الطبيعية. يُفرَز الأوكسيتوسين أيضًا أثناء الأورجازم فى الجنسين. يدخل الفازوبرسين فى تشكيل ذكريات التفاعلات الاجتماعية (73). ويلعب دوراً فى السلوك الاجتماعى، يبدأ ويواصل أنماطًا من النشاط تدعم الرابطة الزوجية، حيث يُفرَز فى الدماغ أثناء النشاط الجنسى. ويبدو أيضًا أن وجود الفازوبرسين يهيئ الذكور للعدوانية تجاه الذكور الآخرين (99). إضافة إلى ذلك، توحى أدلة من أبحاث على الحيوانات بأن أنواعًا من القوارض رُبِّيَتْ بشكل خاص لتظهر مستويات مرتفعة من سلوكيات مرتبطة بالقلق تعرضت لمستويات مرتفعة من تأثير الفازوبرسين فى البنى الطرفية (53).

يمكن أن يتفاعل جهاز الأوكسيتوسين مع **الكورتيكوستيرويد** (58). على سبيل المثال، يمكن أن يؤدى توتر حديثى الولادة إلى تغيرات بعيدة المدى فى حساسية

(٤) توجد الأجزاء المستهدفة أساسًا فى الجهاز الطرفى، وأجزاء من جهاز الشم ومناطق فى الدماغ ترتبط بضبط الجهاز العصبى التلقائى (المؤلفان).

جهاز الأوكسيتوسين (21). ويرتبط ارتفاع مستويات الأوكسيتوسين بنقص التوتر ومستويات الكورتيكوستيرويد المرتبطة به (100). وتوحى هذه الملاحظات بإمكانية أن يكون للتوتر تأثيرات مباشرة تماماً على الآليات التى تؤسس الارتباط.

تتميز السيكوباتية بالانفصال الانفعالى وبعدم القدرة على تحاشى العقاب (13). وترتبط الحالة بأسلوب الارتباط **الرافض** (39). ويمكن توقع أن يعكس انعدام الحافز لتكوين علاقات حميمة طويلة المدى مستوياتٍ منخفضةً من إفراز الأوكسيتوسين والفازوبرسين. ولم تختبر هذه الفرضية بشكل منهجى. ورغم ذلك ينبغى ملاحظة أن نشأة السيكوباتية ترتبط بالإهمال المبكر، ومن المعروف أن له تأثيراً دائمًا على أجهزة الأوكسيتوسين. وهكذا، تكون نشأة الطفل فى كفالة عاملا نفسيا يتنبأ بارتفاع معدلات السيكوباتية (19). أظهر الأطفال الذين وُضِعوا فى دور الأيتام بعد الولادة مباشرة، وأُهمِلوا هناك، انخفاض مستويات أساسية من الفازوبرسين والعجز عن إفراز الأوكسيتوسين استجابة للتنبيهات الاجتماعية السارة عادة (99). وبشكل مماثل أوضح مينلشميدت Meinlschmidt وهيم Heim (65) أن جهاز الأوكسيتوسين فى الرجال الذين انفصلوا مبكّراً على الوالدين غير فعال بشكل غير طبيعى فى خفض مستويات الكورتيكوستيرويد. ويوحى هذا بأن الإهمال المبكر قد يؤدى إلى انخفاض وظيفة الأوكسيتوسين والفازوبرسين، مما قد يؤدى إلى العجز عن إقامة ارتباطات عاطفية "طبيعية"، وقد يؤدى إلى نقص المشاركة الوجدانية مع الآخرين (84)، مما قد يسهِّل اقتراف الجرائم ضدهم.

قد نجادل أيضًا مؤقتًا فى أن أداء الببتايد العصبية فيمن يركزون على ممارسة الجنس مع الأطفال عكس ما لوحظ فى السيكوباتى. ونجادل بشكل أكثر تحديداً فى أن وظيفة الفازوبرسين تدفع الحاجة إلى تكوين علاقات اجتماعية حميمة طويلة الأمد، وتؤدى فى الوقت ذاته إلى قلق شديد قد يعوق عملية الارتباط. ويضم هذا السيناريو أسلوب الارتباط المنشغل الذى يظهره كثير ممن يركزون على ممارسة الجنس مع الأطفال (97 و 87).

هـذه الملاحظات مـوجـزة بالضـرورة ونحن فى عـمليـة تطوير هذه الأفكار بشكل أعمق (68) .

علاج المشاكل المرتبطة بالارتباط

في الجناة

هدف هذا القسم اقتراح مقاربات علاجية تعمل بشكل مساعد للعلاجات الناجحة، المؤسسة على مبادئ خطورة "ما يعمل" 'What Works' risk والحاجة والاستجابة (7). يتمثل مبدأ الحاجة فى ضرورة تركيز علاج الجناة على الحاجات الإجرامية المتغيرة، ويُستخدَم مبدأ الاستجابة للإشارة إلى أسلوب ونمط لتدخل يهتم بالزبائن. وتتعلق الاستجابة بكيفية تفاعل الفرد مع البيئة العلاجية لتحفيزه وانخراطه فى عملية العلاج. وهكذا، يبدو أن الانتباه إلى أسلوب ارتباط الفرد وجه مهم فى المقاربة العلاجية بصرف النظر عن القيام بعمل خاص يرتبط بالجريمة.

لاحظ ماير Meyer وبلكونيس Pilkonis (66) أن لأسلوب الارتباط تأثيراً على العلاقة الناشئة فى العلاج. ويقولان، بشكل محدد، إن ذوى الارتباطات الآمنة كوّنوا علاقات علاجية فعالة، بينما كوّن ذوو أسلوب الارتباط المنشغل ما بين حلف ضعيف وحلف قوى فى المراحل الأخيرة من العلاج، وذكر المرضى ذوو أسلوب الارتباط الرافض أحلافًا متدهورة قرب نهاية العلاج. وكان نمط النتائج فى مرضى اضطراب الشخصية مختلطًا. ذكر فوناجي Fonagy وآخرون (37) أن مرضى الارتباط الرافض أظهروا أكبر تحسن خلال العلاج، مقارنة بأساليب الارتباط الأخرى. وفى المقابل، وجد ماير Meyer وآخرون (67) أن الارتباط الآمن تنبأ بالتحسن، ولم يتنبأ به الارتباط غير الآمن. وتوجد أيضًا أبحاث محدودة تقترح أن العلاج قد يكون أكثر فعالية حين تقترن أساليب ارتباط مرضى معينين بأساليب المعالجين (35). وفى المقابل، وجد تريل Tyrell وآخرون (89) أن الاتحاد المتكامل للارتباطات كان مثمراً أكثر، حيث حقق

مرضى الأسلوب المنشغل على سبيل المثال نتائج أفضل مع المعالجين ذوى الأسلوب الرافض.

عموماً، يمكن القول إن مقاربة مشاكل الارتباط دخلت فى المقاربات التقليدية للعلاج النفسى، بما فيها العلاج النفسى الفردى الموجه للبصيرة، والعلاج العائلى والعلاج البيئى. ورغم ذلك، تعتمد هذه العلاجات الكلامية، كما يلاحظ سلمان Solomon وهيد Heide (84) ، على معالجة من القمة للقاع حيث "يتم تعليم الزبون الاستراتيجيات المعرفية للتعامل مع المشاعر والأفكار والسلوكيات التى تمثل إشكالية، أو كبحها... لمساعدتهم على تغيير المعتقدات الخطأ أو الطرق غير الملائمة فى التفكير والسلوك..." (ص ٥٦). ورغم ذلك يمكن الجدل فى أن الزبائن الذين لديهم مشاكل ارتباط قد يستجيبون (حين تنشط أجهزة التهديد لديهم) بطرق لا يمكن للحاء الجديد neocortex تعديلها. على سبيل المثال، يمكن أن ينتقد بعض أفراد أسلوب الارتباط المنشغل أنفسهم بشدة ويفسرون أشياء كثيرة بأنها مهدِّدة. ومن ثم يمكن أن يفهموا منطق ما يقال فى العلاج، ويولِّدون أفكاراً بديلة لانتقاد النفس، لكن يندر أن تطمئنهم هذه الجهود (57).

وهكذا يمكن أن نقترح أن علاجاً مساعداً للعلاجات المعرفية السلوكية الناجحة جدير بالاهتمام فى العمل مع الجناة بطرق تصب أكثر فى المناطق الانفعالية (الطرفية) من الدماغ. وذكر جيلبرت وزملاؤه (على سبيل المثال (٤٠)؛ (٤١)) أفكاراً مفيدة فى أعمال تركز على الشفقة مع المصابين باضطراب الشخصية الحدية. وتمثِّلَ جدلُهم أساساً فى أن الذين لا يشعرون بالشفقة على أنفسهم يعجزون عن الشفقة على الآخرين، ويمكن أن نقترح أنها جزء أساسى لعملية المشاركة الوجدانية مع الضحية، وهو مكوِّنٌ مشترك فى علاج الجناة.

يؤكد عدد من مقاربات العلاج النفسى على أهمية تطور شفقة داخلية، والقدرات على تهدئة النفس، خاصة العلاج السلوكى الجدلى (59) والأعمال الهادفة (على سبيل المثال (٨٢)). ومع ذلك، ربما تكون مقاربة "تدريب العقل الشفوق Compassionate

Mind Training التى طورها جيلبرت (40) جديرة بالاهتمام بشكل خاص هنا، حيث أنها شكل من العلاج يتعلم فيه الزبائن ذوو المستويات المرتفعة من الشعور بالخزى والنقد الذاتى (المرتبطة بالارتباط غير الآمن)، تهدئة النفس، مما يزيد ضمنيا مستويات الأوكسيتوسين والمواد الشبيهة بالأفيون (21 و29 و91)، مما يمكّنهم من الشعور بأنهم أفضل تجاه أنفسهم وتجاه الآخرين.

وقد توجد مقاربة دوائية بديلة باستخدام مضادات الفازوبرسين، التى تطورت مؤخرا، لتقليل القلق (54)، أو استخدام الأوكسيتوسين نفسه، حيث يوجد مستحضر للأوكسيتوسين، يستخدم بالاستنشاق عن طريق الأنف، لزيادة الثقة فى البشر (52).

الاستنتاجات

حاولنا فى هذا الفصل استكشاف العلاقة بين صعوبات الارتباط وأنواع معينة من الجريمة. ولاحظنا أدلة تبدو مقنعة تمامًا على أن الارتباط الرافض يرتبط عمومًا باضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع، وتوجد أدلة قوية تمامًا على أن الارتباط المنشغل ممثل بشكل أكبر فى المسيئين جنسيا للأطفال. ونلاحظ أن هذه الأساليب فى الارتباط يمكن أن تؤدى إلى تفاعلات إشكالية مع الآخرين. ومن ثم نرى أن طرق التدخل، فى أساليب الارتباط التى تمثل إشكالية محددة، قد تكون مفيدة مع هذه الأنواع من الجناة، باعتبارها مساعدة للعلاجات الموجهة لسلوكيات إجرامية خاصة. ووصفنا بإيجاز بعض أنواع التدخل، التى قد تستحق الاهتمام، فى هذا الفصل.

ويتبين أيضًا أن لسلوكيات الارتباط أساسًا بيولوجيا عصبيا واضحًا، وقد تتعرض أجهزة الارتباط للخطر إذا حدث إهمال وإساءة فى الطفولة. ويبدو لنا أن هناك نوعين محددين بوضوح من الجناة، على الطرفين المتناقضين لمجال الإجرام، يختلفان فى الأداء البيولوجى العصبى. فى أحد الطرفين المجرمون الذين يتسمون بمستويات مرتفعة من السلوكيات والميول المضادة للمجتمع (حالات ترتبط بضغوط

وإساءات جسدية فى وقت مبكر من العمر)، حيث يوجد دليل قوى على ضعف نشاط أداء اللوزة، ونفترض أنه قد تكون هناك مستويات منخفضة من نشاط الببتايدات العصبية المركزية. وفى الطرف الآخر من مجال الإجرام من يركزون على ممارسة الجنس مع الأطفال (حالة ترتبط غالبًا بالإهمال المبكر ثم الإساءة الجنسية فى الطفولة)، حيث نفترض أننا نلاحظ نمطًا بيولوجيا عصبيا مضادا. وهناك أدلة على بعض هذه التأكيدات أكثر وضوحا من الأخرى؛ ورغم ذلك، من هذا الإطار توجد بوضوح فرضيات يمكن ملاحقتها لفهم كيفية اقتراف الجريمة الجنسية وجريمة العنف.

المراجع

1. Ainsworth, M.D.S. and Eichberg, C.G. (1991) Effects on infant-mother attachment of mother's unresolved loss of an attachment figure or other traumatic experience, in Attachment across the Life Cycle (eds C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde and P. Marris), Routledge, London, pp. 160-83.

2. Allen, J.P., Hauser, S.T. and Borman-Spurell, E. (1996) Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: an 11-year follow-up study. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 254-63.

3. Psychiatric Association (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn, APA, Washington DC.

4. Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision 4th edn, APA, Washington DC.

5. Anderson, S.W., Bechara, A., Damasio, H. et al. (1999) Impairment of social and moral behavior related to early damage in human prefrontal cortex. Nature Neuroscience, 2, 1032-7.

6. Anderson, S.W., Damasio, H., Tranel, D. and Damasio, A.R. (2000) Long-term sequelae of prefrontal cortex damage acquired in early childhood. Developmental Neuropsychology, 18, 281-96.

7. Andrews, D.A. and Bonta, J. (2003) The psychology of Criminal Conduct, 3rd edn, Anderson, Cincinnati, OH.

8. Baker, E. and Beech, A.R. (2004) Dissociation and variability of adult attachment dimensions and early maladaptive schemas in sexual and violent offenders. Journal of Interpersonal Violence, 19, 1119-36.

9. Baldwin, M.W. (2005) Interpersonal Cognition, Guilford, New York.

10. Baxter, D.J., Marshall, W.L., Barbaree, H.E. et al. (1994) Deviant sexual behavior. Differentiating sex offenders by criminal and personal history, psychometric measures, and sexual-response. Criminal Justice and Behavior, 11, 477-501.

11. Belsky, J. (1999) Patterns of attachment a modern evolutionary perspective, in Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications (eds J. Cassidy and P.R. Shaver), Guilford, New York, pp. 141-61.

12. Blair, R.J.R., Mitchell, D. and Blair, K. (2005) The Psychopath: Emotion and Brain, Blackwell, Oxford.

13. Blair, R.J.R., Peschardt, K.S., Budhani, S. et al. (2006) The development of psychopathy. Journal of Child Psychiatry and Psychology, 47, 262-75.

14. Bowlby, J. (1944) Forty-four juvenile thieves: their characters and home-life. International Journal of Psychoanalysis, 25, 19-53.

15. Bowlby, J. (1969) Attachment and Loss, Basic Books, New York.

16. Bowlby, J. (1973) Attachment and Loss: Separation, Anxiety and Anger, Basic Books, New York.

17. Bowlby, J. (1980) Attachment and Loss: Loss, Sadness and Depression, Basic Books, New York.

18. Brennan, K.A. and Shaver, P.R. (1995) Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship functioning. Personality and Social psychology Bulletin, 21, 267-83.

19. Campbell, M.A., Porter, S. and Santor, D. (2004) Psychopathic traits in adolescent offenders: an evaluation of criminal history, clinical and psychosocial correlates. Behavioral Sciences and the Law, 22, 23-47.

20. Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D. and Braunwald, K. (1989) Disorganized/ disoriented attachment relationships in maltreated infants. Developmental Psychology, 25, 525-31.

21. Carter, C.S. (1998) Neuroendocrine perspectives on social attachment and love. Psychoneuroendocrinology, 23, 779-818.

22. Cassidy, J. and Berlin, L. (1994) The insecure/ ambivalent pattern of attachment: theory and research. Child Development, 65, 971-91.

23. Chapple, C.L. (2003) Examining intergenerational violence: violent role modeling or weak parental controls? Violence and Victims, 18, 143-61.

24. Collins, N.L. and Read, S.J. (1994) Cognitive representations of attachment. The structure and function of working models, in Advances on Personal Relationships, Volume 5: Attachment Processes in Adulthood (eds D. Perlman and K. Bartholomew), Jessica Kingsley, London, pp. 53-90.

25. Craissati, J. (in press) Attachment problems and sex offending, in Handbook of Assessment and Treatment of Sexual Offenders (eds A.R. Beech, L. Craig and K.D. Browne), John Wiley & Sons, Ltd, Chichester.

26. Craissati, J., McClurg, G. and Browne, K.D. (2002) Characteristics of perpetrators of child sexual abuse who have been sexually abused as children. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 14, 225-40.

27. Crittenden, P.M. (1985) Mother and infant patterns of interaction: developmental relationships. Dissertation Abstracts International, 45, 2710.

28. Darcy, K., Davila, J. and Beck, J.G. (2005) Is social anxiety associated with both interpersonal avoidance and interpersonal dependence? Cognitive Therapy and Research, 29, 171-86.

29. Depue, R.A. and Morrone-Strupinsky, J.V. (2005) A neurobehavioral model of affiliative bonding. Behavioral and Brain Sciences, 28, 313-95.

30. Dhaliwal, G.K., Gauzas, L., Antonowicz, D.H. and Ross, R.R. (1996) Adult male survivors of childhood sexual abuse: prevalence, sexual characteristics, and long-term effects. Clinical Psychology Review, 16, 619-39.

31. Dozier, M., Stovall, K.C. and Albus, K. (1999) Attachment and psychopathology in adulthood, in Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications (eds J. Cassidy and P.R. Shaver), Guilford, New York, pp. 497-519.

32. Eastwood, J.D., Smilek, D., Oakman, J.M. et al. (2005) Individuals with social phobia are biased to become aware of negative faces. Visual Cognition, 12, 159-79.

33. Feeney, J.A., Noller, P. and Patty, J. (1993) Adolescents interactions with the opposite sex - influence of attachment style and gender: Journal of Adolescence, 16, 169-86.

34. Fergusson, D.M. and Lynskey, M.T. (1998) Conduct problems in childhood and psychosocial outcomes in young adulthood: a prospective study. Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 6, 2-18.

35. Fernàndez-Alverez, H., Clarkin, J.F., del Carmen Salguerio, M. and Critchfield, K.L. (2006) Participant factors in treating personality disorders, in Principles of Therapeutic Change that Work (eds L.G. Castonguay and L.E. Beutler), Oxford University Press, Oxford, pp. 203-18.

36. Finzi, R., Ram, A., Har-Even, D. et al. (2001) Attachment styles and aggression in physically abused and neglected children. Journal of Youth and Adolescence, 30, 769-86.

37. Fonagy, P., Leigh, T., Steel, M. et al. (1996) The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 22-31.

38. Fonagy, P., Target, M., Steele, M. and Steele, H. (1997) The development of violence and crime as it relates to security of attachment, in Children and Violent Society (ed. J. Osojsky), Guilford, New York, pp. 150-77.

39. Frodi, A., Dernevik, M., Sepa, A. et al. Current attachment representations of incarcerated offenders varying in degree of psychopathy. Attachment and Human Development, 3, 269-83.

40. Gilbert, P. (2005) Compassion and cruelty: a biopsychosocial approach, in Compassion: Conceptualisation, Research and Use in Psychotherapy (ed. P. Gilbert), Routledge, London, pp. 9-74.

41. Gilbert, P. and Proctor, S. (2006) Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. Clinical Psychology and Psychotherapy, 13, 353-79.

42. Greenberg, M.T., Speltz, M.L. and DeKlyen, M. (1993) The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. Development and Psychopathology, 5, 191-213.

43. Hart, S.D., Cox, D. and Hare, R. (1997) Psychopathy Checklist- Screening Version, Multi-Health Systems, Toronto.

44. Heide, K.M. (1999) Young Killers: The Challenge of Juvenile Homicide, sage, Thousand Oaks, CA.

45. Heinrichs, M., Maumgartner, T., Kirschbaum, C. and Ehlert, U. (2003) Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. Biological Psychiatry, 54, 1389-98.

46. Henry, J.P. and Wang, S. (1998) Effects of early stress on adult affiliative behavior. Psychoneuroendocrinology, 23, 863-75.

47. Holmes, J. (1993) Attachment theory: a biological basis for psychopathy? British Journal of Psychiatry, 163, 430-8.

48. Hoyer, J., Kunst, H. and Schmidt, A. (2001) Social phobia as a comorbid condition in sex offenders with paraphilia or impulse control disorder. Journal of Nervous and Mental Disease, 189, 463-70.

49. Joseph, R. (2003) Environmental influences on neural plasticity, the limbic system, emotional development and attachment: a review. Child Psychiatry and Human Development, 29, 189-208.

50. Kendler, K.S., Davis, C.G. and Kessler, R.C. (1997) The familial aggregation of common psychiatric and substance use disorders in the National Comorbidity Survey: a family history study. British Journal of Psychiatry, 170, 541-8.

51. Killgore, W.D.S. and Yurgelun-Todd, D.A. (2005) Social anxiety predicts amygdala activation in adolescents viewing fearful faces. Neuroreport, 16, 1671-5.

52. Kosfield, M., Heinrichs, M., Zak, P.J. et al. (2005) Oxytocin increases trust in humans. Nature, 435, 673-6.

53. Landgraf, R. and Holsboer, F. (2005) The involvement of neuropeptides in evolution, singling, behavioral regulation and psychopathology: focus on vasoperssin. Drug Development Research, 65, 185-90.

54. Landgraf, R. and Neuman, I.D. (2004) Vasoperssin and oxytocin release within the brain: a dynamic concept of multiple and variable modes of neuropeptide communication. Frontiers of Neuroendocrinology, 25, 150-76.

55. Lang, S., af Klintberg, B. and Alm, P.O. (2002) Adult psychopathy and violent behavior in males with early neglect and abuse. Acta Psychiatrica Scandanavica, 106 (suppl. 412), 93-100.

56. Langevin, R., Wright, P. and Handy, L. (1989) Characteristics of sex offenders who were sexually victimized as children. Annals of Sex Research, 2, 227-53.

57. Lee, D.A. (2005) The perfect nurturer: a model to develop a compassionate mind within the context of cognitive therapy, in Compassion: Conceptualisation, Research and Use in Psychotherapy (ed. P. Gilbert), Routledge, London, pp. 326-51.

58. Legross, J.J. (2001) Inhibitory effect of oxytocin on corticotrope function in humans, are vasopressin and oxytocin ying-yang neurohormones? Psychoneuroendocrinology, 26, 649-55.

59. Linehan, M. (1993) Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder, Guilford, New York.

60. Lyons-Ruth, K., Alpern, L. and Repacholi, B. (1993) Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile aggressive behavior in the preschool classroom. Child Development, 64, 572-85.

61. Main, M. and Hesse, E. (1990) Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant disorganization status: is frightened and / or frightening behavior the linking mechanism? in Attachment in the Pre-School Years (eds M.T. Greenberg, D. Cicchetti and E.M. Cumming), University of Chicago Press, Chicago, pp. 161-82.

62. Marshall, W.L. (1989) Invited essay: intimacy, loneliness and sexual offenders. Behaviour Research and Therapy, 27, 491-503.

63. McCord, J. (1979) Some child-rearing antecedents of criminal behavior in adult men. Journal of Personality and Social Psychology, 37, 1477-86.

64. McElory, S.L., Soutullo, C.A., Taylor, P. et al. (1999) Psychiatric features of 36 men convicted of sexual offenses. Journal of Clinical Psychiatry, 60, 414-20.

65. Meinlschmidt, G. and Heim, C. (2007) Sensitivity to intranasal oxytocin in adult men with early parental separation. Biological Psychiatry, 61, 1109-11.

66. Meyer, B. and Pilkonis, P. (2002) Attachment styles, in Psychotherapy Relationships That Work: Theapist Contributions and responsiveness to patients (ed. J. Norcross), Oxford University Press, Oxford, pp. 367-82.

67. Meyer, B., Pilkonis, P., Proietti, J.M. et al. (2001) Attachment styles and personality disorders as predictors of symptom course. Journal of Personality Disorders, 15, 371-89.

68. Mitchell, I.J. and Beech, R.R. (in preparation) The neurobiology of psychopathy and socially phobic paedophilia.

69. Mombour, W., Zaudig, M., Berger, P. et al. (1996) International Personality Disorder Examination ICD-10 Module, Huber, Bern.

70. Nelson, E.E. and Panksepp, J. (1998) Brain substrates of infant-mother attachment, contributions of opioids, oxytocin, and norepinephrine. Neuroscience and Behavioral Reviews, 22, 437-52.

71. Panksepp, J. (1998) Affective Neuroscience, Oxford University Press, Oxford.

72. Phan, K.L., Fitzgerald, D.A., Nathan, P.J. and Tancer, M.E. (2006) Association between amygdala hyperactivity to harsh faces and severity of social anxiety in generalized social phobia. Biological Psychiatry, 59, 424-9.

73. Popik, P., Vos, P.E. and Vanree, J.M. (1992) Neurohypophyseal hormone receptors in the septum are implicated in social recognition in the rat. Behavioral Pharmacology, 3, 351-8.

74. Rapee, R.M. and Spence, S.H. (2004) The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. Clinical Psychology Review, 24, 737-67.

75. Raymond, N.C., Coleman, E., Ohlerking, F. et al. (1999) Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. American Journal of Psychiatry, 156, 786-8.

76. Robins, L. (1996) Deviant Children Grown Up, Williams & Wilkins, Baltimore, MD.

77. Rosenstein, D.S. and Horowitz, H.A. (1996) Adolescent attachment and psychopathology. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 244-53.

78. Saltaris, C. (2002) Psychotherapy in juvenile offenders. Can temperament and attachment be considered as robust developmental precursors? Clinical Psychology Review, 22, 729-52.

79. Sampson, R.J. and Laub, J.H. (1990) Crime and deviance over the life course: the salience of adult social bonds. American Sociological Review, 55, 609-27.

80. Sawle, G.A. and Kear-Colwell, J. (2001) Adult attachment style and pedophilia: a developmental perspective. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 45, 32-50.

81. Schneider, F., Weiss, U., Kessler, C. et al. (1999) Subcortical correlates of differential classical conditioning of aversive emotional reactions in social phobia. Biological Psychiatry, 45, 863-71.

82. Segal, Z., Williams, J.M.G. and Teasdale, J. (2002) Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse, Guilford, New York.

83. Smallbone, S.W. and McCabe, B.A. (2003) Childhood attachment, childhood sexual abuse, and onset of masturbation among adult sexual offenders. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 51, 1-10.

84. Solomon, E.K. and Heide, K.M. (2005) The biology of trauma. Journal of Interpersonal Violence, 20, 51-60.

85. Soothill, K., Francis, B., Sanderson, E. and Ackerley, E. (2000) Sex offenders: specialists, generalists or both. British Journal of Criminology, 40, 56-67.

86. Stein, M.B., Goldin, P.R., Sareen, J. et al. (2002) Increased amygdala activation to angry and contemptuous faces in generalized social phobia. Archives of General Psychiatry, 59, 1027-34.

87. Stripe, T., Abracen, J., Stermac, L. and Wilson, R. (2006) Sexual offenders' state-of-mind regarding childhood attachment: a controlled investigation. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 18, 289-302.

88. Tyrell, C.L. and Dozier, M. (1997) The Role of Attachment in Therapeutic Process and Outcome for Adults with Serious Psychiatric Disorders. Paper presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development.

89. Tyrell, C.L., Dozier, M., Teague, G.B. and Fallott, R.D. (1999) Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: the importance of attachment states of mind. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67, 725-33.

90. Ullrich, S. and Marneros, A. (2007) Underlying dimensions of ICD-10 personality disorders: risk factors, childhood antecedents, and adverse outcomes in adulthood. Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 18, 44-58.

91. Uväns-Morberg, K. (1998) Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. Psychoneurendocrinology, 23, 819-35.

92. van Den Heuvel, O.A., Veltman, D.J., Groenewegen, H.J. et al. (2004) Amygdala activity in obsessive-compulsive disorder with contamination fear: a study with oxygen-15 water positron emission tomography. Psychiatric Research: Neuroimaging, 132, 225-37.

93. van Ijzendoorn, M.H., Feldbrugge, J.T., Derks, F.C. et al. (1997) Attachment representations of personality-disordered criminal offenders. American Journal of Orthopsychiatry, 67, 449-59.

94. van Ijzendoorn, M.H., Schuengel, C., Bakermans-Kraneberg, M.J. (1999) Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. Development and Psychopathology, 11, 225-50.

95. Veit, R., Flor, H., Erb, M. et al. (2002) Brain circuits involved in emotional learning in antisocial behavior and social phobia in humans. Neuroscience Letters, 328, 233-6.

96. Ward, T. and Beech, A.R. (2006) An integrated theory of sex offending. Aggression and Violent Behavior, 11, 44-63.

97. Ward, T., Hudson, S.M. and Marshall, W.L. (1996) Attachment style in sex offenders: a preliminary study. The Journal of Sex Research, 33, 17-26.

98. Weeks, R. and Widom, C. (1998) Self-reports of early childhood victimization among incarcerated adult male felons. Journal of Interpersonal Violence, 13, 346-61.

99. Wismer Fries, A.B., Ziegler, T.E., Kurian, J.P. et al. (2005) Early experience in humans is associated with change in neuropeptides critical for regulating social behavior. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 102, 17237-40.

100. Witt, D.M., Carter, C.S. and Walton, D.M. (1990) Central and peripheral effects of oxytocin administration in prairie voles (Microtus ochrogaster). Pharmacology Biochemistry and Behavior, 37, 63-9.

101. Young, J.E., Klosko, J.S. and Weisharr, M.E. (2003) Schema Therapy: A Practitioner's Guide, Guilford, London.

102. Zanarini, M.C., Gunderson, J.G., Marino, M.F. et al. (1989) Childhood experiences of borderline patients. Comprehensive Psychiatry, 30, 18-25.

الفصل الثانى عشر

المشاركة الوجدانية والسلوك الإجرامى

وليم ل. مرشال، وليام إ. مرشال، وجريس أ. سيران
الخدمات السيكولوجية في رُكْوود، كندا

كثيرا ما ادعى المتخصصون فى علم النفس (على سبيل المثال (٤)؛ (٣١)؛ (٥٢)؛ (٩٠)) أن المشاركة الوجدانية تؤسس السلوك الاجتماعى ويؤدى غيابها عادة إلى سلوكيات عدوانية تسعى إلى الكسب، وتتجاهل حقوق الآخرين أو معاناتهم (40 و 58). وتتوفر حاليا أدلة تدعم فكرة أن المشاركين وجدانيا اجتماعيون أكثر ممن يفتقرون نسبيا للمشاركة الوجدانية (114)، وأن المجموعة الأخيرة تميل أكثر إلى العدوانية (29). فى هذه الحالة، ينبغى أن يكون موضوع المشاركة الوجدانية، أو الافتقار إليها، خاصية رئيسية فى تقييم مقترفى الأعمال الإجرامية وعلاجهم. ورغم ذلك، كما نرى، اقتصرت أبحاث المشاركة الوجدانية مع الجناة، فى معظمها، على مقترفى جرائم العنف أو الجنس، وعلى جناة تبين أنهم سيكوباتيون.

نبدأ فى هذا الفصل بفحص مفهوم المشاركة الوجدانية، ثم نقيِّم بعض أكثر مقاييسها شيوعًا قبل مراجعة الأدلة على عيوبها فى الجناة. ونفحص، أخيرًا، مقاربات تعزيز المشاركة الوجدانية، ونصف ندرة البيانات عن فاعليتها.

قضايا تصورية

ظهر مفهوم التعاطف sympathy وتأثيره على السلوك أول مرة فى كتابات الفيلسوف الأسكتلندى ديفيد هيوم Hume (56) ، واتفق معه مواطنه آدم سميث Smith (102)[١]. واعتبر الفيلسوفان التعاطف أساسيا للتطور الخلقى. وهكذا تبشر أفكارهما باهتمامات الأبحاث الحالية بالعلاقة بين المشاركة الوجدانية أو التعاطف والسلوكيات الاجتماعية مثل الإيثار (5) والاستجابات التعويضية لكرب الآخرين (115).

المشاركة الوجدانية والتعاطف:

استخدم كثير من الكتاب هذين المصطلحين بالتبادل (39 و53 و89)، ووصف آخرون (٢٨: ٣٨) المشاركة الوجدانية بمصطلحات مماثلة لما يعنيه آخرون بالتعاطف. ويبدو من الأفضل التمييز بين هذين المصطلحين، وهو ما فعله كثير من المؤلفين (5 و 29 و44). المشاركة الوجدانية، كما يعلن إيزنبرج Eisenberg (29)، استجابة انفعالية للتعرف على حالة شخص آخر، وتناظر انفعال الآخر بشكل كبير. وهكذا لا تؤدى المشاركة الوجدانية بالضرورة إلى استجابة تعاطف تشمل مشاعر الاهتمام بانزعاج الآخر، حيث قد تؤدى إلى سلوكيات تعويضية لتخفيف كرب الآخر. وكما يلاحظ باتسون Batson وفولتز Fultz وشوينريد Schoenrade (5) ، فى بعض الناس، أو فى بعض الحالات فى معظم الناس، يكون التعرف على كرب الآخرين مزعجًا للمشاهِد، حتى أنه، بعيدًا عن السعى إلى راحة الشخص المكروب، يسعى فقط إلى تقليل قلقه الخاص.

---

(١) ديفيد هيوم Hume (1711-1776): فيلسوف ومؤرخ أسكتلندى. آدم سميث Smith (1723-1790): فيلسوف أسكتلندى، من فلاسفة الأخلاق، ورائد الاقتصاد السياسى.

سمة الاستجابة أو حالتها:

إن معظم المناقشات حول المشاركة الوجدانية، وبالتأكيد غالبية المقاييس (انظر (٩٧))، تفسر المشاركة الوجدانية باعتبارها نزعة تتجلى عبر المواقف والأشخاص والزمن. منذ وقت مبكر تماما تحدى كوتريل Cottrell (22) هذه الفكرة معلنًا أن مقاربة السمة غير كافية. قال كوتريل إن الأمر يحتاج إلى "إطار موضعى للإشارة" (ص ٣٨١). وكما يشير هوفمان Hoffman (52)، إن لم نكن قادرين على قمع المشاركة الوجدانية بسهولة، فمن الممكن أن نشعر بما يدعوه "المشاركة الوجدانية المختلطة pro-miscuous" التى قد تغمرنا. ينبغى أن نكون قادرين على قمع المشاركة الوجدانية بشكل مميز لكى تؤدى وظيفتها بفاعلية فى التفاعلات الاجتماعية. توحى الخبرة اليومية بأن استجابة المشاركة الوجدانية تتأثر، إن لم تتحدد، بالخصائص الموضعية أو الشخصية. لا يجد قُرَّاء الروايات عناء فى تعليق المشاركة الوجدانية حين يصل نذل متمرس إلى نهاية حزينة. ويعتمد الروائيون وكتاب المسرحيات ومخرجو الأفلام على هذه الاستجابات. توجد أدلة شاملة تشير إلى أن استجابة المشاركة الوجدانية تعدلها مجموعة متنوعة من الخصائص الموضعية (3 و43 و104) والشخصية (25 و 106). ووجد الباحثون العاملون مع الجناة الجنسيين، بشكل مماثل، اختلافات فى المشاركة الوجدانية تعتمد على طبيعة الشخص المكروب (9 و35 و36 و48 و82). وُجِد فى هذه الدراسات أن الجناة الجنسيين لا يفتقرون إلى المشاركة الوجدانية مع الناس عموما، لكنهم يفشلون فى الكشف عنها تجاه ضحاياهم.

نماذج المشاركة الوجدانية

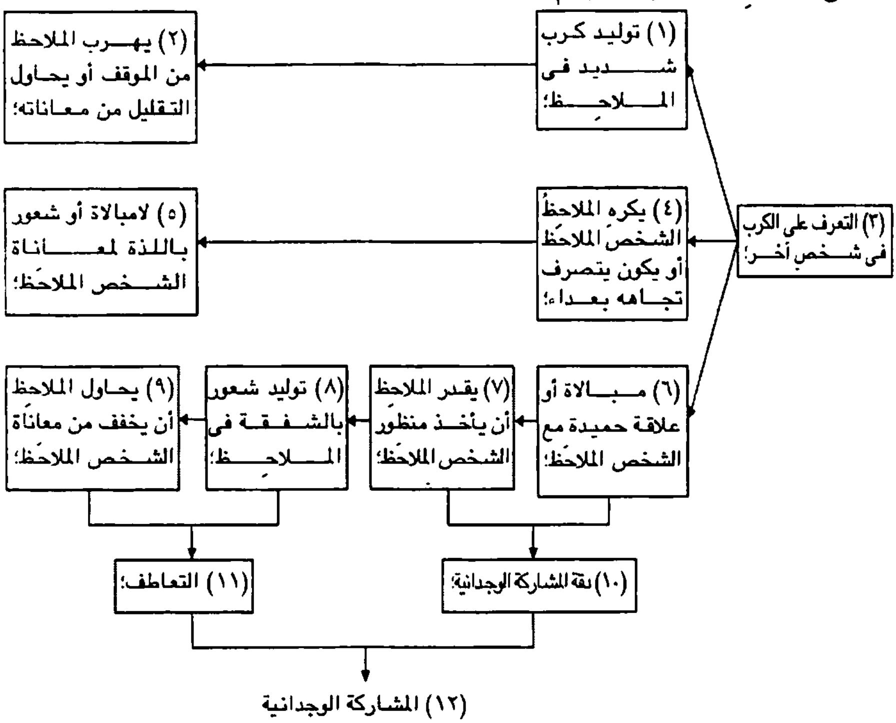
تُعتبَر المشاركة الوجدانية عملية متعددة المكوِّنات (24 و 112). وفى محاولة لفهم الأدبيات العامة عن المشاركة الوجدانية، وضع مرشال وآخرون (77) نموذجًا من أربع مراحل، عرَّف المشاركة الوجدانية بأنها عملية تتجلى تدريجيا، وتعتمد كل مرحلة منها

على ظهور المرحلة السابقة. وتشمل هذه المراحل، فى المشاركة الوجدانية الفعَّالة، التعرف على كرب الآخر، ويلى ذلك القدرة على تبنى منظور الآخر، وشعور المشاهِد بالانفعال ذاته الذى يشعر به الشخص المكروب، وأخيراً قيام المشاهد (أو عدم قيامه) بعمل لتخفيف كرب الشخص الآخر. ومن المدهش أن الباحثين أهملوا عموماً وجه التعرف الانفعالى فى المشاركة الوجدانية، باستثناءات قليلة (40 و85)، فى علم النفس العام.

يسمح نموذج مارشال وآخرين، بقدر قيمته، بتوقع العيوب المحتملة فى قدرة الجناة على المشاركة الوجدانية؛ قد تكون لديهم عيوب فى أى مرحلة، أو فى المراحل الأربع جميعًا. حدد هدسون Hudson وآخرون (55) عيوبًا فى الجناة الجنسيين فى القدرة على التعرف على انفعالات الآخرين (المرحلة الأولى فى النموذج)، ويرى هنسون Hanson وسكوت Scott (48) أن لدى الجناة الجنسيين عيوبًا فى تبنى منظور الآخر (المرحلة الثانية).

رغم أن نموذج مرشال وآخرين أسفر عن نتائج جديدة، فإنه محدود بشكل خطير. كما لاحظ بيترز Pithers (92) ، تحدث بعض استجابات الشفقة (المرحلة الرابعة من نموذج مرشال وآخرين) بسرعة كبيرة، حتى لا يمكن أن تسبقها العمليات التى اقترحها مرشال وآخرون. وأشار بيترز أيضًا إلى أن المشاركين وجدانيا أكثر قدرة على توقُّعٍ صحيحٍ لاستجابة شخص آخر لما قد يبدر عنهم من قول أو فعل، فيتصرفوا لتقليل احتمال إزعاج الآخر. وهذا، مع التحديد الصحيح لكرب الآخر، ما يسميه إيكز Ickes (58)" دقة المشاركة الوجدانية". وأوضحت أبحاث بتسون Batson وزملائه (4 و5 و6) أنه إذا شعر المشاهِد بمستوى مرتفع من الكرب استجابة لرؤية ما يزعج شخصًا آخر، فسيركز المشاهِد على ذاته ومحاولة القيام بتقليل كربه الخاص، بدلا من استجابة التعاطف. يعلن هنسون (44)، مؤسسا جزءًا من تفكيره على نتائج بتسون، أن استجابة التعاطف (أى محاولة تخفيف كرب الشخص المُشاهَد) لن تحدث إلا إذا كانت المشاركة الوجدانية دقيقة، وإذا وجدت علاقة لطف أو اهتمام بين المُشاهَد والمشاهِد، وفقط إذا استطاع المشاهِد التغلب على مشاعره الخاصة.

ونتيجة لهذه التحديات، عدَّلنا (70) نموذجنا عن المشاركة الوجدانية (انظر الشكل ١٢، ١). فى هذا النموذج، يَبْقَى التعرُّفُ الانفعالى يمثل المرحلةَ الأولى. ربما ينتج العجز عن التعرف على كرب الآخرين عن ضعف مهارات التعرف الانفعالى (15)، ويظهر بعض الجناة على الأقل الافتقار إلى هذه المهارات الأساسية (55). ورغم ذلك قد يكون الافتقار الظاهرى إلى التعرف الانفعالى نتيجة قرار مدروس لمعلومات مشوهة. ينكر كثير من الجناة قيامهم بإيقاع الأذى حتى مع وجود أدلة واضحة على كرب ضحاياهم (66). فى أدبيات علم النفس التجريبى دراسات توضح أن الناس ينهمكون عادة فى استراتيجيات دفاعية حين يُواجَهون بالنتائج المدمرة لأفعالهم (59 و 100) وتهدف هذه الاستراتيجيات إلى تحاشى الانفعالات السلبية التى قد تظهر لولا ذلك فى المشاهِد أو مقترف الجرم (107).



الشكل ١٢، ١ نموذج المشاركة الوجدانية

ويوضح هنسون (45) مسألة أن الجانى حين يكون عليه مواجهة الأذى الذى اقترفه، ربما يستجيب بالشعور بالذنب أو الخزى. ويعترف من يشعر بالذنب بأن فعله أحدث مشاكل، لكن السلوك الهجومى يعتبر مشكلة يمكن تجنبها فى المستقبل. لكن من يستجيب لهذا الموقف بالشعور بالخزى ينسب أفعاله إلى حقيقة أنه شخص سيئ لا يمكن لسلوكه أن يتغير. وباستخدام أوصاف للجناة من قبيل **اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع أو ممارسة الجنس مع الأطفال** يتفاقم بدون شك الميل بين الجناة لاعتبار جرائمهم نتيجة عيب تكوينى لا يمكن تغييره. وهكذا فإن الجانى الذى يشعر بالخزى يعوق قدرته على التعرف على الأذى الذى اقترفه (أى يظهر ضعفاً فى التعرف الانفعالى)، أو ينزعج بشدة فيركز الانتباه على تقليل كربه الخاص. فى الحالتين، يكشف الجانى عن تشوهات معرفية بشأن نتائج جريمته، أو بشأن طبيعة فعله. وحين يدرك المشاهِد أنه قد يُثار انفعاليا إذا تعرف على كرب تسبب فيه وقبله، تحدث الحماية الذاتية ولا تظهر أى استجابة التعاطف (الخط العلوى من الشكل ١٢، ١).

فى حالات أخرى، قد يخفى المشاهِد مشاعر سلبية تجاه الشخص المكروب، فيشعر بمتعة نتيجة معاناة الشخص المشاهَد بدل الاستجابة بمشاركة وجدانية (الخط الأوسط فى الشكل ١٢، ١). من ناحية أخرى، حين يستجيب الجانى بطريقة جامدة أو لا مبالية لمعاناة ضحيته، فنعتقد أنه سيكوباتى. وحين يستجيب الجانى بمتعة أو رضا لمعاناة ضحيته، فربما يشعر بغضب من الضحية، أو قد يكون ساديا. فى نموذجنا الحديث، لا تتجلى عملية المشاركة الوجدانية كاملة، مما يتضمن استجابة تعاطف أو شفقة، إلا حين يكون للمشاهِد ميل إيجابى تجاه من يعانى (الخط السفلى فى الشكل ١٢، ١).

ومن الواضح أن لهذا النموذج نتائج بالنسبة لكيفية استجابة الجناة فى العلاج. بالنسبة للجناة الذين ليست لديهم قدرة على التعامل مع كرب ضحاياهم، قد يكون من الأفضل التوجه إلى تقوية مرونتهم الانفعالية، قبل محاولة جعلهم حساسين لأذى الضحية. وحين تعكس استجابة الجانى لا مبالاة سيكوباتية أو متعة سادية، فقد يكون

من الأفضل توجيه العلاج إلى تصوير الضحية بطريقة مناسبة للجانى (على سبيل المثال: "تخيل أن الضحية شخص تهتم به"). بالطبع، يدمر السيكوباتيون والساديون مصادرنا، وربما قدرتنا على المشاركة الوجدانية، لكن لا ينبغى لهذا أن يجعلنا نستبعدهم من العلاج.

مقاييس المشاركة الوجدانية

تلاحظ سيران Serran (97) فى مراجعتها للأدبيات عن مقاييس المشاركة الوجدانية، أن ما يفسد التطور المتفق عليه فى المقاييس هو الفشل فى الاتفاق على معنى المشاركة الوجدانية. مشكلة معظم المقاييس أنها تفسر المشاركة الوجدانية بوصفها سمة تُعرَض (أو لا تعرض) تجاه كل الناس عبر كل المواقف. إضافة إلى ذلك، إن المقاييس المستخدمة متعددة العوامل عادة، مع وجود عوامل تبدو علاقتها ضعيفة بالمشاركة الوجدانية. أخيراً، لمعظم المقاييس درجة منخفضة تماما من الثبات مع الاختبار وإعادة الاختبار، وتتسم باتساق داخلى ضعيف وصلاحية بنية ضعيفة (23 و26 و65). فى تقييم الجناة، نحتاج إلى الاهتمام أكثر بقدرتهم على استجابة مشاركة وجدانية مع ضحاياهم، وربما أيضًا فئة الضحايا (النساء أو الأطفال، مثلا)، بدلا من كيفية الاستجابة للناس عمومًا. على أية حال، لم تكن المقاييس العامة للمشاركة الوجدانية جيدة فى تقييم الجناة. وكشفت المقاييس الخاصة بالجناة معلومات أكثر قيمة.

عيوب المشاركة الوجدانية في الجناة

الجناة غير الجنسيين:

ادعى كثير من المؤلفين أن من يقترفون الجرائم يجب بالضرورة أن تكون مشاركتهم الوجدانية أقل ممن لا يقترفون الجرائم (13 و18 و19 و53 و68). وكما

اقترح فرينجتون Farrington (33) ، يعوق الافتقار إلى المشاركة الوجدانية قدرة الجناة على "تقدير تأثيرات سلوكهم على الناس" (ص ٢٥٧). وطبقًا لهذا الرأى، يحجم المشاركون وجدانيا عن الجرائم لأنهم يتوقعون شعورًا بانزعاج انفعالى إذا آذوا شخصًا آخر. وتتسق هذه الاقتراحات مع الملاحظات فى أدبيات علم النفس العام بأن المشاركة الوجدانية تكبح العدوانية (85). ورغم ذلك، يتجاهل اقتراح فرينجتون، بأن الافتقار إلى المشاركة الوجدانية هو ما يسمح للجناة باقتراف جرائمهم، حقيقة أن المشاركين وجدانيا يمكن بسهولة أن يعلقوا المشاركة الوجدانية إذا أرادوا. ويحتمل أكثر أن الجناة يختارون الإحجام عن المشاركة الوجدانية خاصة تجاه ضحاياهم ولا يفتقرون للمشاركة الوجدانية عمومًا.

حدد جوليف Jolliffe وفرينجتون Farrington (61) ، فى فحص بالتحليل الجمعى لدراسات عن تقييم المشاركة الوجدانية فى الجناة، ٣٥ دراسة قارنت الجناة (ع = ٣١٦٨) مع غير الجناة (ع = ٢٢٥٣)، واستنتج جوليف وفرينجتون أن نتائج هذه الدراسات "توحى بعلاقة سلبية بين المشاركة الوجدانية واقتراف الجرائم" (ص ٤٦٧). وجدا عموما أن المشاركة الوجدانية المعرفية ترتبط باقتراف الجرائم كما هو متوقع بشكل أقوى من المشاركة الوجدانية الانفعالية. حيث إن ١٢ دراسة من ٢٠ مساهمة فى هذه النتيجة طبقت **مقياس المشاركة الوجدانية لهوجان** ***Hogan's Empathy Scale*** (53) ، وتتسم خصائص القياس النفسى فيه بنقص خطير (23 و 60)، ويجب تناول هذا الاستنتاج بحذر. وجد جوليف وفرينجتون أيضًا أن المشاركة الوجدانية العاطفية المنخفضة ترتبط (وإن يكن بشكل ضعيف) باقتراف الجريمة، لكن ذلك اعتمد بكثافة على المعدلات على *استبيان قياس المشاركة الوجدانية الانفعالية* ***Questionnaire Measure of Emotional Empathy*** (84) وهو، مثل مقياس هوجان، فيه مشاكل قياس نفسى خطيرة (26 و 65).

وجد جوليف وفرينجتون (61) أيضًا أن الاختلافات فى المشاركة الوجدانية بين الجناة وغير الجناة تلاشت حين تم ضبط الحالة الاقتصادية الاجتماعية أو الذكاء.

ووجد سيتو Seto (99) أنه حين قسّم التحصيل التعليمى، اختفت الاختلافات بين الجناة الجنسيين وغير الجناة. بوضوح، تحتاج أى دراسة عن المشاركة الوجدانية لدى الجناة إلى ضبط هذه العوامل. وحيث إن للمشاركة الوجدانية مكوِّنَ نضجٍ (انظر ل. إ. مرشال (69) للاطلاع على وصف للأسس التطورية للمشاركة الوجدانية)، وحيث إن الكثير من الجناة يبدون غير ناضجين تماما، فقد نتوقع أيضًا أن يكون العمر عاملا مؤثرًا على معدلات بعض مقاييس المشاركة الوجدانية. ولاشك أن الميل للظهور بطريقة اجتماعية، ومن المحتمل أن يكون موجودا بقوة فى الجناة، يؤثر أيضًا على تقارير الجناة عن قدرة المشاركة الوجدانية لديهم.

يبدو واضحًا إذن احتمال أن مجرد أن يُطلَب من الجناة إكمال مقاييس التقرير الذاتى عن المشاركة الوجدانية لا يكشف قدرتهم الحقيقية عليها. ورغم ذلك، ربما تكون المشكلة الأكثر أهمية فى الأبحاث التى أجريت على الجناة أن المقاييس المطبقة مقاييس سمة تفترض أن المعدلات تعكس الميل الدائم لدى الشخص إلى المشاركة الوجدانية مع معظم الناس إن لم يكن كلهم. ورغم ذلك، تتمثل المشكلة فى الافتقار إلى المشاركة الوجدانية الخاصة بالضحية، مع الجناة الجنسيين، وليس فى الافتقار إلى المشاركة الوجدانية تجاه الناس جميعا.

جناة الجرائم الجنسية:

ربما لا يدهشنا اهتمام الإكلينيكيين العاملين مع جناة الجرائم الجنسية بتطور استجابة المشاركة الوجدانية فى زبائنهم واضعين فى الاعتبار أن تأثيرات الإساءة الجنسية تمتد إلى كل أوجه حيوات الضحايا، وأن هذه النتائج المدمرة يمكن أن تكون طويلة الأمد تماما (12 و21 و64). وكشف المسح الأحدث لبرامج علاج جناة الجرائم الجنسية فى أمريكا الشمالية أن أكثر من ٩٠٪ من كل البرامج تهدف إلى تعزيز المشاركة الوجدانية (83). وتعزيز المشاركة الوجدانية خاصية أساسية أيضًا فى البرامج البريطانية لعلاج الجناة الجنسيين (8 و 11) وفى البرامج الكندية (113).

مثل الأبحاث مع الجناة عموما، طبَّقت الأبحاث عن العيوب المفترضة فى المشاركة الوجدانية فى جناة الجرائم الجنسية مقاييس السمة العامة. وتوصلت هذه الدراسات إلى نتائج غير متسقة. على سبيل المثال، بين جناة الجرائم الجنسية فى المراهقين ذكر بعض الباحثين عيوبا دالة مقارنة بالمراهقين من غير الجناة (18 و63 و67)، بينما لم يجد آخرون أى اختلاف (32 و86 و87). وبشكل مماثل مع جناة الجرائم الجنسية فى البالغين ذكر بعض الباحثين عيوبا عامة فى المشاركة الوجدانية (94)، بينما لم يذكر آخرون أى اختلاف (27 و51 و54 و65 و65 و78 و82 و93 و99) والأكثر أهمية أن هنسون وزملاءه (٤٦؛ ٤٧)، وأيضًا سمولبون Smallbone وويتون Wheaton وهوريجان Hourigan (101)، وجدوا أن المشاركة الوجدانية لا ترتبط بالجرائم الجنسية الحقيقية كما تبين فى الجناة قبل صدور الأحكام وفى معاودة اقتراف الجرائم بعد ذلك.

بفحص الدراسات المتوفرة، توصلنا (77) إلى أن فوضى الأدبيات حول إن كان جناة الجرائم الجنسية يفتقرون، أو لا يفتقرون، للمشاركة الوجدانية ناتج عن (أ) استخدام مقاييسَ خصائصُ القياس النفسى فيها محل شك فى أفضل الأحوال؛ (ب) ما رأينا أنه توقع خطأ بأن جناة الجرائم الجنسية يفتقرون للمشاركة الوجدانية مع الناس جميعًا. وتوصلنا إلى أن جناة الجرائم الجنسية يفتقرون، على الأرجح، إلى المشاركة الوجدانية مع ضحاياهم، ويدعم دليلٌ حديث هذه الفكرة.

قدم فيرنانذز Fernandez وآخرون (36) حكايات تصف ثلاثة أطفال مختلفين مروا بخبرات يتوقع أن تصيبهم بكرب: (١) طفل جُرِح فى حادث سيارة تركتْه مشوهًا؛ (٢) طفل تعرض لاعتداء جنسى من معتدٍ مجهول؛ (٣) ضحية الجانى. فى هذه الدراسة، طُلِب من المتحرشين بالأطفال الاستجابة لقائمة من العبارات التى تشير إلى الكرب أو الأذى الذى لحق بالطفل، إضافة إلى قائمة تصف ما شعروا به عند قراءة الحكاية. ومقارنة بالمجموعة المناظرة من غير الجناة، لم يظهر المتحرشون بالأطفال عيوبا فى المشاركة الوجدانية تجاه الطفل المشوه (باعتبارها تشير إلى المشاركة الوجدانية العامة مع الأطفال)، لكنهم أبدوا قدرًا أقل من المشاركة الوجدانية مع ضحية

افتراضية لجانٍ مجهول. ورغم ذلك، أظهر المتحرشون بالأطفال أكبر العيوب تجاه ضحيتهم. وجد فيرناندز ومرشال (35)، باستخدام منهجية مماثلة، عيوبا فى المشاركة الوجدانية الخاصة بالضحية فى المغتصبِين. وتكررت هذه النتائج فى دراستين أخريين (73 و 80)، وفى سلسلة من دراسات لباحثين آخرين (32 و41 و42 و109 و111). ووجد ويبستر Webster وبيتش Beech (109) أن العيوب الخاصة بالضحية بين جناة الجرائم الجنسية لا ترتبط بالمعدلات على مقياس للمشاركة الوجدانية العامة، لكنها ترتبط بقوة بالتشوهات المعرفية عند الجناة.

ماذا نفعل إذن بهذه العيوب الخاصة بالضحية؟ من الواضح تماماً أنها تعنى أن جناة الجرائم الجنسية لا يفتقرون إلى المشاركة الوجدانية العامة. إنهم ببساطة يفعلون ما يفعله بقيتنا؛ يوزعون المشاركة الوجدانية على بعض الناس، لا على الناس جميعاً. لماذا يحجبونها بشكل خاص عن ضحاياهم؟ الإجابة البسيطة: إنهم لا يسمحون لأنفسهم بأن يشعروا بالمشاركة الوجدانية مع ضحيتهم لأنهم بدون ذلك لن يتمكنوا من الاستمرار فى اقتراف الجريمة، أو يشعروا بالخزى من الأذى الذى يقترفونه. ولا يتمثل الأمر إلى حد بعيد فى حجب المشاركة الوجدانية لرفضهم الاعتراف بالأذى. ونتيجة لذلك، لا يكون لديهم مبرر للشعور بالمشاركة الوجدانية. وإذا كان هذا التفسير صحيحاً فإن عيوب المشاركة الوجدانية الخاصة بالضحية ظاهريا فى جناة الجرائم الجنسية ليست أكثر من شواهد للتشوهات المعرفية المختلفة التى تميز الجناة (108). ووجد مرشال وهملتون وفيرناندز (75) أن التشوهات المعرفية فى الجناة الجنسيين ترتبط بشكل مرتفع (r = ٠.٨٥) مع الافتقار إلى المشاركة الوجدانية مع الضحية.

لماذا إذن يشوه جناة الجرائم الجنسية المعلومات التى تشير معاناة ضحاياهم، أو يمتنعون عن التوصل إليها؟ ونقترح (مرشال وأندرسون وفيرناندز (72)) أن هذه التشوهات (وبالتالى الافتقار إلى المشاركة مع الضحية) تتولّد للحفاظ على القدر الضئيل من التقدير الذاتى لديهم. وأوضح بلين Blain وكروكر Crocker (14) ، فى تحليل للتقدير الذاتى، أن كل الناس ينهمكون فى انحرافات أنانية فى طريقة معالجة

المعلومات للحفاظ على الإحساس الحالى بالجدارة الذاتية. يتنبأ التقدير الذاتى المنخفض أيضًا بإحساس قوى بالخزى (105)، ومن يشعرون بالخزى يبذلون جهودًا لحماية أنفسهم من المعلومات التى قد تزيد من إحساسهم به (49). ومما لا يثير الدهشة إذن أن الخزى يقلل من قدرة الشخص على المشاركة الوجدانية (105).

ذكرنا من قبل أن بعض الناس يستجيبون لكرب الآخر بإصابتهم أنفسهم بالكرب، أو بتشويه المعلومات عن الأذى، فلا يستطيعوا الاستجابة بمشاركة وجدانية. وتشير الأدلة المتوفرة إلى أن لدى ذوى التقدير الذاتى المنخفض مهارات ضعيفة فى التنظيم الذاتى للانفعال (7)، كما هو حال من يشعرون عادة بالخزى (34). ويعزز هذا الضعف فى التنظيم الانفعالى احتمال أن من يشاهدون كرب الآخر يستجيبون هم أنفسهم بانفعالات غامرة. وتبين أن لدى جناة الجرائم الجنسية تقدير ذاتى منخفض (71)، مع ضعف فى مهارات التنظيم الذاتى (53)، وأنهم يشعرون بالخزى بشكل مميز (17). والأكثر أهمية أن بومبى Bumby وليفين Levine وكننجهام Cunningham (16) وجدوا أن هؤلاء الجناة الجنسيين الذين يحققون معدلات مرتفعة على مقاييس الخزى يظهرون مشاركة وجدانية ضئيلة، أو لا يظهرون أى مشاركة وجدانية، مع ضحاياهم. وهكذا، توجد كل هذه الخصائص (أى انخفاض التقدير الذاتى، والشعور بالخزى، وضعف التنظيم الانفعالى)، التى تولِّد محاولات لحماية الذات بتشويه المعلومات المتوفرة، أو رفض معالجتها، فى جناة الجنسيين. وينبغى إذن أن نتوقع مقاومة جناة الجرائم الجنسية للمعلومات المتعلقة بالأذى الذى ربما ألحقوه بضحاياهم، أو تشويه هذه المعلومات، ونتيجة لهذا يبدو أنهم يفتقرون إلى المشاركة الوجدانية مع الضحية. وهكذا ربما يكون الافتقار الظاهرى للمشاركة الوجدانية مع الضحية فى جناة الجرائم الجنسية ببساطة نتيجة حيل مصمَّمة لإنكار الأذى.

علاج عيوب المشاركة الوجدانية

قيل إن التدريب على المشاركة الوجدانية أساسى لكل أنواع الجناة (88 و95 و96). ويبدو هذا معقولا حيث أوضح كثير من الباحثين فى الأدبيات الأوسع أن

التدريب على الشعور بالمشاركة الوجدانية يقلل العدوانية والسلوكيات الأنانية، ويعزز في الوقت ذاته السلوك الاجتماعي العام (٣٠؛ ٣٩؛ ٥٧).

تشير مناقشتنا، للخصائص التي تحفِّز جناة الجرائم الجنسية على تجنب الاعتراف بالتأثيرات المؤذية في ضحاياهم، إلى أن التدريب المباشر على المشاركة الوجدانية في هؤلاء الزبائن قد يكون عبثًا إذا لم يتم تبني استراتيجيات سابقة تهدف إلى تعزيز التقدير الذاتي، وتقليل الشعور بالخزي، وغرس درجة من التنظيم الانفعالي. يتوصل بيتش Beech وفيشر Fisher(١٠) إلى هذه النقطة ذاتها. ويلاحظان أنه إذا طلب من الجناة الجنسيين مواجهة ما اقترفوا من أذى في مرحلة مبكرة جدا من العلاج، فقد لا تكون لديهم قدرة على التغلب على هذه الرسائل السلبية. وحيث أننا أوضحنا أن التقدير الذاتي المنخفض في الجناة الجنسيين يتزامن مع الشعور بالخزي (١٠٣)، والافتقار إلى المشاركة الوجدانية مع الضحية (٧٣)، فإننا نتوقع أن زيادة التقدير الذاتي تقلل الشعور بالخزي، وتسمح بالتالي للجناة الجنسيين بمواجهة الأذى الذي ألحقوه بضحاياهم. ورغم ذلك، كما يشير هنسون (45)، عن حق، إن زيادة قدرة الجناة الجنسيين على التغلب على الأحداث المسببة للكرب مفيدة أيضًا في تسهيل قبول الجناة بالأذى الذي اقترفوه، وتمكينهم من التعامل معه. وهكذا قد يكون التدريب على مهارات المواجهة مفيدًا أيضًا قبل طرح قضايا أذى الضحية والمشاركة الوجدانية.

بينما لم نقيم هذه التوقعات مباشرة، أوضحنا أن برنامجنا يرفع بشكل فعال إحساس زبائننا بالجدارة الذاتية (74)، ويعزز مهارات المواجهة لديهم (98) ويزيد من مشاركتهم الوجدانية مع ضحاياهم (81). وهكذا، فيما يتعلق بالجناة الجنسيين، نوصي بقوة بتعزيز التقدير الذاتي، وتقليل الشعور بالخزي، وتحسين مهارات المواجهة، قبل طرح قضايا أذى الضحية والمشاركة الوجدانية.

تم توضيح استراتيجياتنا الخاصة لتعزيز المشاركة الوجدانية مع الضحية بالتفصيل في موضع آخر (انظر على سبيل المثال، (٤٨)؛ (٨١)؛ (٧٢)؛ (٧٩)). نحاول، في خطوة أولى، أن نجعل زبائننا يتناغمون مع طبيعة عملية المشاركة الوجدانية، وفي

الوقت ذاته ندربهم على يكونوا أفضل فى التعرف على انفعالاتهم وانفعالات الآخرين. يصف كاريتش Carich وهندرسون أودوم Henderson-Odum ومتزجر Metzger (20) مقاربة مماثلة تهدف إلى تعزيز مهارات التعرف الانفعالى عند الجناة الجنسيين، فى أنفسهم وفى الآخرين.

وهكذا يطلب المعالج من المجموعة التفكير فيما قد يشعر به ضحايا الإساءة الجنسية التى يقترفها جانٍ مجهول (أى ليس ما يشعر به ضحاياهم). حين فعلنا هذا التمرين فى البداية، اندهشنا تماما من كمية التفاصيل، عبر الأداء المعرفى والانفعالى والسلوكى، التى حددها زبائننا. ومن الواضح أن الجناة الجنسيين لا يغفلون بشكل مميز نتائج الإساءة الجنسية فى الضحايا؛ وكما نقترح، يبدو ببساطة أنهم يعوقون عملية التعرف على هذه النتائج حين تحدث فى ضحاياهم. بمجرد وضع قائمة بالنتائج السلبية، نناقش مع كل زبون احتمال أن تحدث هذه المشاكل إذا اقترف الجريمة مرة أخرى.

لاحظْ أننا تجنبنا، فى هذه النقطة، أى مناقشة للنتائج المحتملة لضحاياهم السابقين. ونفعل ذلك جزئيا لأننا نتوقع مقاومة فى البداية، وأيضًا لأن تركيزنا ينصب على تقليل الجريمة مستقبلا، لا عقاب زبائننا على ماضيهم. وتوحى الخبرة الإكلينيكية بأن استكشاف الماضى الإجرامى للجناة الجنسيين، وخاصةً فى مرحلة مبكرة من العلاج، يحتمل أن يعتبر عقابا، ويحتمل بالتالى أن ينتج مقاومة وإنكارا وتهوينًا. إن جعل الجناة الجنسيين يعربون عن النتائج المعروفة التى تحدث لضحايا الإساءة الجنسية، وإضافة هذا إلى حالات توضيحية للنتائج الناجمة عن جرائم حميدة إلى حد ما، يهدف إلى تشجيعهم على رؤية أنهم حين يقترفون جرمًا لا يمكن أن يعلموا سلفًا مدى التدمير الذى ينتج عنه. وهكذا، لا نحاول تعزيز مشاركتهم الوجدانية لضحاياهم السابقين مباشرة، بل نحاول على الأرجح جعلهم حساسين لاحتمال أن يعانى ضحاياهم فى المستقبل بشدة، إذا عاودوا اقتراف الجرائم.

أخيرا، نجعل زبائننا يكتبون رسالتين افتراضيتين: واحدة يُفترَض أنها من ضحيتهم إلى الجانى تصف مجموعة متنوعة من التأثيرات المؤذية المحتملة؛ بينما تصور الأخرى رد الجانى على رسالة الضحية. وتُقرأ الرسالتان على المجموعة التى تقدم ردا، ونتيجة لذلك ربما يطلب من الجانى أن يعيد كتابة الرسالتين قبل الحكم عليهما بأنهما كافيتان.

بعض البرامج بها دور يلعبه الجناة بإعادة تمثيل جريمتهم بهدف تطوير مهارات أخذ منظور الآخر، وتعزيز الحساسية لكرب الضحية. لسوء الحظ، كما يذكر بيترز Pithers (91) ، يمكن لإعادة تمثيل الجريمة أن تخرج عن السيطرة وتتسبب مشاكل لا حصر لها. نتيجة لتعليقات بيترز، قارن ويبستر Webster وآخرون (110) التأثيرات على المشاركة الوجدانية سواء بجعل الجناة الجنسيين يعيدون تمثيل الجريمة أو تمثيل دور التأثيرات قصيرة المدى وطويلة المدى للإساءة الجنسية. ووجدوا اختلافات قليلة بين هاتين الاستراتيجيتين، وأوصوا بعدم استخدام إعادة تمثيل الجريمة لاحتمال ظهور المشاكل التى وصفها بيترز. وكما ذكرنا من قبل، أظهرت إجراءاتنا أنها تعزز حساسية جناة الجنسيين لأذى الضحية، فتزيد مشاعر المشاركة الوجدانية لديهم تجاه ضحاياهم السابقين (81).

بينما قد تكون هذه الإجراءات فعالة مع المجرمين الآخرين، فإنها لم تُختبَرْ، وقد تكون هناك أسباب للافتراض سلفا بأنها قد لا تكون مناسبة لكل أنواع الجناة. على سبيل المثال، وجد هدسون وآخرون (55) أن الجناة العنيفين غير الجنسيين دقيقون بشكل لافت فى التعرف على كرب الآخرين. وربما لا يكون هذا مدهشًا حيث يفترض أن غاية هؤلاء الجناة فى هجماتهم العنيفة ضد الآخرين إنتاج الكرب؛ لذا لديهم كل الأسباب لليقظة بشدة لتوليد الكرب فى ضحاياهم بدل الميل إلى تبنى تشوهات تحميهم من هذا التعرف. وهكذا ربما يدخل الجناة العنيفون فى المسار الرئيسى للنموذج الذى طرحناه عن المشاركة الوجدانية؛ أى أن يستجيبوا لكرب ضحاياهم برضا بالطريقة ذاتها التى قد يستجيب بها بقيتنا للأذى الذى يقع على شخص نعتبره نذلا. ويمكن توقع أن يستجيب الساديون الجنسيون لضحاياهم بطرق مماثلة. ولا يعنى هذا، رغم

ذلك، أن التدريب على المشاركة الوجدانية لن يكون فعالا مع الجناة العنيفين أو الساديين. واقترحنا (76) أن الساديين (وبالتالى الجناة العنيفين) قد يشعرون بلذة مما يفعلونه أثناء الجريمة فقط. وقد لا ترتبط نتائج ما بعد الجريمة بنوايا سادية. وإذا كان الحال على هذا النحو، فمن المحتمل أن نولِّد تعاطفًا مع الضحايا عند هؤلاء الجناة، إذا انصب التركيز على النتائج طويلة المدى. حتى الآن، لم تستكشف التقييمات الإمبريقية المشاركة الوجدانية، أو التدريب عليها، مع هذا النوع من الجناة، بشكل كافٍ.

إن الجناة الذين يقترفون جرائم لا تجرح مباشرة، أو لا يجرحون ضحاياهم عاطفيا بشكل واضح، يجب أيضًا أن يلتحقوا بالتدريب لجعلهم حساسين للأذى. إن فَقْد الشخص إحساسه بالأمان نتيجة اقتحام شخص لبيته لسرقة محتوياته يمكن أن يكون عميقًا وطويل المدى وتكون له تأثيرات غير متوقعة على ثقة الشخص فى الآخرين. وإذا كان فقد المال أو الممتلكات باهظًا فسيلحق مزيد من الأذى بالضحايا وعائلاتهم. وبالتالى، ينبغى أن يحتوى أى علاج لهؤلاء الجناة على مكوِّن يحاول أن يطور مشاركة وجدانية مع الضحية. مرة أخرى، ينبغى أن ينصب التركيز على الضحايا المحتملين فى المستقبل.

تتضمن هذه الاقتراحات لتعزيز المشاركة الوجدانية بين الجناة الحاجة إلى المرونة عند التعامل مع مختلف أنواع الجناة. وهذه المرونة بدقة هى ما يعنيه مفهوم أندروز Andrews وبونتا Bonta (1) "بالاستجابة"، وهى من المبادئ الثلاثة للعلاج الفعال للجناة، الناتج عن التحليل الجمعى الذى قاما به قبل ذلك (2). ونعتقد أن التزامنا الصارم بهذا المبدأ الخاص بالاستجابة هو ما جعل برنامجنا العلاجى للجناة الجنسيين فعَّالا بشكل مطَّرد: ٣٫٢٪ فقط من ٥٣٤ من الجناة الجنسيين، الخاضعين للعلاج، ممن أطلق سراحهم لمدة ٤٫٥ سنوات اقترفوا الجرائم مرة أخرى، وكانت المعدلات متماثلة عبر كل أنواع الجناة الجنسيين الذين ضمهم برنامجنا العلاجى. ومن المهم فى هذا السياق أن نلاحظ أنه بين الذين اقترفوا الجرائم مرة أخرى فى دراستنا، لم يحقق أى منهم معدلات أعلى من ٢٥ على **القائمة السيكوباتية المعدلة** لهير Hare (50) ، رغم

حقيقة أن أكثر من ٦٠٪ من المجمــوعة كلها حققــوا معدلات فى المجال السيكوباتى. لا يمكن أن نعرف إن كان هؤلاء السيكوباتيون طوروا مشاركة وجدانية حقيقية تجاه ضحاياهم أم قرروا لأسباب أخرى التوقف على اقتراف الجرائم، لكن النتائج توحى بأن مقاربة متفائلة أكثر ربما تكون مبررة تجاه هؤلاء الجناة الذين نبذوا عادة باعتبارهم غير قابلين للعلاج.

الخلاصة

يبدو أن لدى كثيرين من المنهمكين فى سلوك إجرامى مشاكل فى التعرف على الأذى الذى يلحقونه بضحاياهم أو فى الشعور بالمشاركة الوجدانية معهم. ونتيجة لذلك، ينبغى أن يكون العلاج الموجه لهذه العيوب مكوِّنًا أساسيا فى أى برنامج تأهيلى. رغم ذلك، يحتاج الباحثون الذين يفحصون المشاركة الوجدانية فى الجناة إلى تطوير مقاييس أفضل بكثير من المطبقة حتى اليوم. إضافة إلى ذلك، يجب أن يحدد الباحثون بدقة ما يفتقر إليه الجناة الذين يبدو أنهم مجردين من المشاركة الوجدانية. هل يسيطر الكرب ببساطة على بعضهم حين يتأملون الأذى الذى اقترفوه، أم أنهم يميلون إلى أن يكونوا معادين لضحاياهم أو غير مبالين بهم؟ كان النموذج الحالى الذى طرحناه عن التعاطف مرشداً لصياغتنا لهذه الأسئلة، وربما يساعد فى توليد طرق لفحص الاختلافات فى استجابة المشاركة الوجدانية بين مجموعة متنوعة من الجناة. حتى يتم إجراء بحث أكثر دقة، يبقى الكثير مما يمكن أن نقوله عن قدرة الجناة على المشاركة الوجدانية، وتعزيزها بالعلاج، مجالا للتأمل. نشجع توسيع البحث فى هذه القضايا باستخدام منهجية أكثر دقة مما هو موجود حتى الآن.

المراجع

1. Andrews, D. and Bonta, J. (2003) The psychology of Criminal Conduct, 3rd edn, Anderson, Cincinnati, OH.

2. Andrews, D., Zinger, I., Hoge, R.D. et al. (1990) Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. Criminology, 28, 369-404.

3. Batson, C.D. (1987) Prosocial motivation: is it ever truly altruistic, in Advances in Experimental Social Psychology, Vol. 20 (ed. L. Berkowitz), Academic, New York, pp. 65-122.

4. Batson, C.D. (1991) The Altruism Question: Toward a Social-Psychological Answer, Erlbaum, Hillsdale, NJ.

5. Batson, C.D., Fultz, J. and Schoenrade, P.A. (1987) Distress and empathy: two qualitatively distinct vicarious emotions with different motivational consequences. Journal of personality, 55, 19-39.

6. Batson, C.D., O'Quin, K., Fultz, J. et al. (1983) Influence of self-reported distress and empathy on egoistic versus altruistic motivation to help. Journal of Personality and Social Psychology, 45, 706-18.

7. Baumeister, R.F., Zell, A.L. and Tice, D.M. (2007) How emotions facilitate and impair self-regulation, in Handbook of Emotion Regulation (ed. J.J. Gross), Guilford, New York, pp. 408-26.

8. Beckett, R.C., Beech, A.R., Fisher, D. and Fordham, A.S. (1994) Community-Based Treatment for sex offenders. An Evaluation of Seven Treatment Programs, Home Office Publications Unit, London.

9. Beckett, R. and Fisher, D. (1994, November) Assessing Victim Empathy: A New Measure. Paper presented at the 13th Annual Research and Treatment Conference of the Association of Treatment of Sexual Abusers. San Francisco.

10. Beech, A.R. and Fisher, D.D. (2002) The rehabilitation of child sex offenders. Australian Psychologist, 37, 206-14.

11. Beech, A.R., Fisher, D. and Beckett, R.C. (1999) Step 3: An Evaluation of the Prison Service Sex Offender Treatment Programme, Home Office Publications Unit, London.

12. Beitchman, J.H., Zucker, K.J., Hood, J.E. et al. (1992) A review of the long-term effects of child sexual abuse. Child Abuse and Neglect, 16, 101-18.

13. Blackburn, R. (1993) The Psychology of Criminal Conduct, John Wiley & Sons, Ltd, Chichester.

14. Blaine, B. and Crocker, J. (1993) Self-esteem and self-serving biases in reaction to positive and negative events: an integrative review, in Self-Esteem: The Puzzle of Low Self-Regard (ed. R.F. Baumeister), Plenum, New York, pp. 55-85.

15. Buck, R. (1984) The Communication of Emotion, Guilford, New York.

16. Bumby, K.M., Levine, H. and Cunningham, D. (1996, November) Empathy deficits, Shame, Guilt, and Self-Consciousness. Paper presented at the 15th Annual Research and Treatment Conference of the Association of Treatment of Sexual Abusers. Chicago.

17. Bumby, K., Marshall, W.L. and Langton, C. (1999) A theoretical model of the influence of shame and guilt on sexual offending, in The Sex Offender: Theoretical Advances, Treating Special Populations and Legal Developments, Vol. 3 (ed. B.K. Schwartz), Civic Research Institute, Kingston, NJ, pp. 5.1-5.12.

18. Burke, D.M. (2001) Empathy in sexually offending and nonoffending adolescent males. Journal of Interpersonal Violence, 16, 222-33.

19. Bush, C.A., Mullis, R.L. and Mullis, A.K. (2000) Differences between offender and nonoffender youth. Journal of Youth and Adolescence, 29, 467-78.

20. Carich, M.S., Henderson-Odum, N.V. and Metzger, C. (2001, October) Enhancing Victim Empathy: A Treatment Context and Selected Victim Empathy Techniques. Poster presentation at the Annual Research and Treatment Conference of the Association of Treatment of Sexual Abusers. San Antonio, Texas.

21. Conte, J.R. (1985) Clinical dimensions of adult sexual abuse of children. Behavioral Sciences and the Law, 3, 341-54.

22. Cottrell, L.S. (1942) The analysis of situational fields in social psychology. American Sociological Review, 7, 374.

23. Cross, D.G. and Sharpley, C.F. (1982) Measurement of empathy with the Hogan Empathy Scale. Psychological Reports, 50, 62.

24. Davis, M.H. (1983) Measuring individual differences in empathy: evidence for multidimensional approach. Journal of Personality and Social Psychology, 44, 113-26.

25. Davis, M.H. and Kraus, L.A. (1997) Personality and empathic accuracy, in Empathic Accuracy (ed. W. Ickes), Guilford, New York, pp. 144-68.

26. Dillard, J.P. and Hunter, J.E. (1989) On the use and interpretation of the Emotional Empathy Scale, the Self-consciousness Scale, and the Self-monitoring Scale. Communication Record, 16, 104-29.

27. D'Orazio, D. (2002) A Comparative Analysis of Empathy in Sexually Offending and Non-Offending Juvenile and Adult Males. Unpublished doctoral dissertation. California School of Professional Psychology at Alliant University, Fresno.

28. Dymond, R.F. (1949) A scale for the measurement of empathic ability. Journal of Consulting Psychology, 13, 127-33.

29. Eisenberg, N. (2000) Empathy and sympathy, in Handbook of Emotions, 2nd edn (eds M. lewis and J.M. Haviland-Jones), Guilford, New York, pp. 677-92.

30. Eisenberg, N. and Fabes, R.A. (1990) Empathy: conceptualization, assessment, and relation to prosocial behavior. Motivation and Emotion, 14, 131-49.

31. Eisenberg, N. and Miller, P. (1987) The relation of empathy to prosocial and related behaviors. Psychological Bulletin, 101, 91-119.

32. Farr, C., Brown, J. and Beckett, R. (2004) Ability to empathise and masculinity levels: comparing male adolescent sex offenders with a normative sample of non-offending adolescents. Psychology, Crime and Law, 10, 155-68.

33. Farrington, D.P. (1998) Individual differences and offending, in The Handbook of Crime and Punishment (ed. M. Torny), Oxford University Press, New York, pp. 241-68.

34. Ferguson, T.J. and Stegge, H. (1995) Emotional states and traits in children: the case of guilt and shame, in Self-Conscious Emotions: The Psychology of Shame, Guilt, Embarrassment, and Pride (eds J.P. Tangney and K.W. Fischer), Guilford, New York, pp. 174-97.

35. Fernandez, Y.M. and Marshall, W.L. (2003) Victim empathy, social self-esteem and psychopathy in rapists. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 15, 11-26.

36. Fernandez, Y.M., Marshall, W.L., Lightboy, S. and O'Suillivan, C. (1999) The Child Molester Empathy Measure: description and an examination of its reliability and validity. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 11, 17-31.

37. Fernandez, Y.M. and Serran, G. (2002) Empathy training for therapists and clients, in In Their Shoes: Examining the Issue of Empathy and its Place in the Treatment of Offenders (ed. Y. Fernandez), Wood 'N' Barnes Publishing, Oklahoma City, OK, pp. 110-31.

38. Fesbach, N.D. (1975) Empathy in children: some theoretical and empirical considerations. The Consulting Psychologist, 5, 25-30.

39. Fesbach, N.D. (1978) Studies of the empathic behavior in children, in Progress in Personality Research, Vol. 8 (Ed. B.A. Maher), Academic, New York, pp. 1-17.

40. Fesbach, N.D. (1987) Parental empathy and child adjustment/ maladjustment, in Empathy and its Development (eds N. Eisenberg and J. Strayer), Cambridge University Press, Cambridge, UK, pp. 292-316.

41. Fisher, D. (1997) Assessing Sexual Offenders' Victim Empathy, Unpublished PH.D. Thesis, University of Birmingham, Birmingham, England.

42. Fisher, D., Beech, A. and Browne, K. (1999) Comparison of sex offenders to nonoffenders on selected psychological measures. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 43, 473-91.

43. Fultz, J., Schaller, M. and Cialdini, R.B. (1988) Empathy, sadness, and distress: three related but distinct vicarious affective responses to another's suffering. Personality and Social Psychology Bulletin, 14, 312-25.

44. Hanson, R.K. (1997) Invoking empathy - assessment and treatment of empathy deficits among sexual offenders, in The Sex Offender: New Insights, Treatment Innovations and Legal Developments, Vol. III (eds B.K. Schwartz and H.R. Cellini), Civic Research Institute, Kingston, NJ., pp. 1.1-1.12.

45. Hanson, R.K. (2003) Empathy deficits of sexual offenders: a conceptual model. Journal of Sexual Aggression, 9, 13-23.

46. Hanson, R.K. and Bussière, M.T. (1998) Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66, 348-62.

47. Hanson, R.K. and Morton-Bourgon, K. (2004) Predictors of Sexual Recidivism: An Up-dated Meta-Analysis. (Catalog No. PS3-1/2004-2E-PDF), Public Works and Services, Ottawa.

48. Hanson, R.K. and Scott, H. (1995) Assessing perspective-taking among sexual offenders, nonsexual criminals and nonoffenders. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 7, 259-77.

49. Harder, D.W. (1995) Shame and guilt assessment, and relationships of shame- and guilt-proneness to psychopathology, in Self-Conscious Emotions: The Psychology of Shame, Guilt, Embarrassment, and Pride (eds J.P. Tangney and K.W. Fischer), Guilford, New York, pp. 368-92.

50. Hare, R.D. (1991) The Hare Psychopathology Checklist- Revised, Multi-Health Systems. Toronto.

51. Hayashino, D.S., Wurtele, S.K. and Klebe, K.J. (1995) Child molesters: an examination of cognitive factors. Journal of Interpersonal Violence, 10, 106-16.

52. Hoffman, M.L. (1982) Development of prosocial motivation: empathy and guilt, in The Development of Prosocial Behavior (ed. N. Eisenberg), Academic, New York, pp. 281-313.

53. Hogan, R. (1969) Development of an empathy scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33, 307-16.

54. Hoppe, C.M. and Singer, R.D. (1976) Overcontrolled hostility, empathy, and egocentric balance in violent and nonviolent psychiatric offenders. Psychological Reports, 39, 405-45.

55. Hudson, S.M., Marshall, W.L., Wales, D. et al. (1993) Emotional recognition skills of sex offenders. Annals of Sex Research, 6, 199-211.

56. Hume, D. (1739) A Treatise of Human Nature, Clarendon, Oxford.

57. Iannotti, L.H. (1978) Effects of role-taking experiences on empathy, altruism, and aggression. Developmental Psychology, 14, 119-24.

58. Ickes, W. (1997) Empathic Accuracy, Guilford, New York.

59. Janoff-Bulman, R. (1979) Characterological versus behavioral self-blame: inquiries into depression and rape. Journal of Personality and Social Psychology, 37, 1798-1809.

60. Johnson, J.K., Cheek, J.M. and Struther, R. (1983) The structure of empathy. Journal of Personality and Social Psychology, 45, 1299-312.

61. Jolliffe, D. and Farrington, D.P. (2004) Empathy and offending: a systematic review and meta-analysis. Aggression and Violent Behavior, 9, 441-76.

62. Keenan, T. and ward, T. (2003) Developmental antecedents of sexual offending, in Sexual Deviance: Issues and Controversies (eds T. Ward, D.R. Laws and S.M. Hudson), Sage, Thousand Oaks, CA, pp. 119-34.

63. Knight, R.A. and Prentky, R.A. (1993) exploring characteristics for classifying juvenile sex offenders, in The Juvenile Sex Offender (eds H.E. Barbaree, W.L. Marshall and S.M. Hudson), Guilford, New York, pp.45-83.

64. Koss, M.P. and Harvey, M.R. (1991) The Rape Victim: Clinical and Community Interventions, 2nd edn, Sage, Newbury Park, CA.

65. Langevin, R. Wright, M.A. and Handy, L. (1988) Empathy, assertiveness, aggressiveness and defensiveness among sex offenders. Annals of Sex Research, 1, 533-47.

66. Laws, D.R. (2002) Owning your own data: the management of denial, in Motivating Offenders to Change: A Guide to Enhancing Engagement in Therapy (eds. C.R. Hollin and M. McMurran), John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, pp 173-91.

67. Lindsey, R.E., Carlozzi, A.F. and Eells, G.T.(2001) Differences in dispositional empathy of juvenile sex offenders, non-sex-offending delinquent juveniles, and nondelinquent juveniles. Journal of Interpersonal Violence, 16, 510-21.

68. Marcus, R.F. and Gray, L. (1998) Close relationships of violent and nonviolent African American delinquents. Violence and Victims, 13, 31-46.

69. Marshall, L.E. (2002) The development of empathy, In Their Shoes: Examining the Issue of Empathy and its Place in the Treatment of Offenders (ed. Y. Fernandez), Wood 'N' Barnes Publishing, Oklahoma City, OK, pp. 36-52.

70. Marshall, L.E. and Marshall, W.L. (2001) A Revised Model of Empathy. Unpublished manuscript. Rockwood Psychological Services, Kingston, Canada.

71. Marshall, W.L., Anderson, D. and Champagne, F. (1997) Self-esteem and its relationship to sexual offending. Psychology, Crime and Law, 3, 161-86.

72. Marshall, W.L., Anderson, D. and Fernandez, Y.M. (1999) Cognitive Behavioural Treatment of Sexual Offenders, John Wiley & Sons, Ltd, Chichester.

73. Marshall, W.L., Champagne, F., Brown, C. and Miller, S. (1997a) Empathy, intimacy, loneliness, and self-esteem in nonfamilial child molesters. Journal of Child Sexual Abuse, 6, 87-97.

74. Marshall, W.L., Champagne, F., Sturgeon, C. and Bryce, P. (1997b) Increasing the self-esteem of child monsters. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 9, 321-33.

75. Marshall, W.L., Hamilton, K. and Fernandez, Y. (2001) Empathy deficits and cognitive distortion in child molester. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 13, 123-30.

76. Marshall, W.L. and Hucker, S.J. (2006) Sexual sadism: its features and treatment, in Sex and Sexuality (ed. R.D. McNulty), Greenwood, Westport, CT, pp. 227-50.

77. Marshall, W.L., Hudson, S.M., Jones, R. and Fernandez, Y.M. (1995) Empathy in sex offenders. Clinical Psychology Review, 15, 99-113.

78. Marshall, W.L. and Maric, A. (1996) Cognitive and emotional components of generalized empathy deficits in child molester. Journal of Child Sexual Abuse, 5, 101-10.

79. Marshall, W.L., Marshall, L.E., Serran, G.A. and Fernandez, Y.M. (2006) Treating Sexual Offenders: An Integrated Approach, Routledge, New York.

80. Marshall, W.L. and Moulden, H. (2001) Hostility toward women and victim empathy in rapists. Journal of Child Sexual Abuse, 13, 249-55.

81. Marshall, W.L., O'Sullivan, C. and Fernandez, Y.M. (1996) The enhancement of victim empathy among incarcerated child molester. Legal and Criminological Psychology, 1, 95-102.

82. McGrath, M., Cann, S. and Konopasky, R.J. (1998) New measures of defensiveness, empathy, and cognitive distortions for sexual offenders against children. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 15, 25-36.

83. McGrath, R.G., Cumming, G.F. and Burchard, B.L. (2003) Current Practices and Trends in Sexual Abuser Management: The Safer Society 2002 Nationwide Survey, Safer Society Press, Brandon, VT.

84. Mehrabian, A. and Epstein, N. (1972) A measure of emotional empathy. Journal of Personality, 40, 525-43.

85. Miller, P.A. and Eisenberg, M. (1988) The relation of empathy to aggressive and externalizing/ antisocial behavior. Psychological Bulletin, 103, 324-44.

86. Monto, M., Zgourides, G., Wilson, J. and Harris, R. (1994) Empathy and adolescent male sex-offenders. Perceptual and Motor Skills, 79, 1598.

87. Moriarty, N., Stough, C., Tidmarsh, P. et al. (2001) Deficits in emotional intelligence underlying adolescent sex offending. Journal of Adolescence, 24, 1-9.

88. Mulloy, R., Smiley, W.C. and Mawson, D.L. (1999) The impact of empathy training on offender treatment. Forum on Correction research, 11, 15-8.

89. Ohbuchi, K. (1988) Arousal of empathy and aggression. Psychologia: An International Journal of psychology, 31, 177-86.

90. Penner, L.A., Fritzsche, B.A., Craiger, J.P. and Freifeld, T.S. (1995) Measuring the prosocial personality, in Advances personality Assessment, Vol. 10 (eds J. Butcher and C.D. Spielberger), Erlbaum, Hillsdale, NJ, pp. 147-63.

91. Pithers, W.D. (1997) Maintaining treatment integrity with sexual abusers. Criminal Justice and Behviour, 24, 34-51.

92. Pithers, W.D. (1999) Empathy: definition, enhancement, and relevance to the treatment of sexual abusers. Journal of International Violence, 14, 257-84.

93. Rapaport, K. and Burkhart, B.R. (1984) personality and attitudinal characteristics of sexually coercive college males. Journal of Abnormal Psychology, 93, 216-21.

94. Rice, M.E., Chaplin, R.E., Harris, G.E. and Coutts, J. (1994) Empathy for the victim and sexual arousal among rapists and nonrapists. Journal of International Violence, 9, 435-49.

95. Ross, R. and Ross, R. (1995) Thinking Straight: The Reasoning of Rehabilitation Program for Delinquency Prevention and Offender Rehabilitation, Air Training and Publications, Ottawa.

96. Serin, R.C. and Kuriychuk, M. (1994) Social and cognitive deficits in violent offenders. International Journal of Law and Psychiatry, 17, 431-41.

97. Serran, G.A. (2002) The measure of empathy, in In Their Shoes: Examining the Issue of Empathy and its Place in the Treatment of Offenders (ed. Y. Fernandez), Wood 'N' Barnes Publishing, Oklahoma City, OK, pp. 16-35.

98. Serran, G.A., Firestone, P., Marshall, W.L. and Moulden, H. (2007) Changes in coping following treatment for child molesters. Journal of International Violence, 9, 1199-1210.

99. Seto, M.C. (1992) Victim Blame, Empathy, and Discrimination of Sexual Arousal to Rape in Community Males and Incarcerated Rapists. Unpublished M.A. Thesis, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada.

100. Shaver, K.G. (1970) Defensive attribution: effects of severity and relevance on the responsibility assigned for an accident. Journal of personality and Social Psychology, 14, 101-13.

101. Smallbone, S.W., Wheaton, J. and Hourigan, D. (2003) Trait empathy and criminal versatility in sexual offenders. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 15, 49-60.

102. Smith, A. (1959) The Theory of Moral Sentiments, Strahan, London.

103. Sparks, J., Bailey, W., Marshall, W.L. and Marshall, L.E. (2003, October) Shame and Guilt in Sex Offenders. Paper presented at the 22nd Annual Research and Treatment Conference of the Association of Treatment of Sexual Abusers. St. Louis.

104. Strayer, J. (1993) Children's concordant emotions and cognitions in response to observed emotions. Child Development, 64, 188-201.

105. Tangney, J.P., Burggraf, S.A. and Wagner, P.E. (1995) Shame-proneness. guilt-proneness and psychological symptoms, in Self-Conscious Emotions: The Psychology of Shame, Guilt, Embarrassment, and Pride (eds J.P. Tangney and K.W. Fischer), Guilford, New York, pp. 343-67.

106. Thomas, G. and Fletcher, G.J.O. (1997) Empathic accuracy in close relationships, in Empathic Accuracy (ed. W. Ickes), Guilford, New York, pp. 194-217.

107. Thornton, B. (1984) Defensive attribution of responsibility; evidence for an arousal-based motivational bias. Journal of personality and Social Psychology, 46, 721-34.

108. Ward, T., Hudson, S.M., Johnston, L. and Marshall, W.L. (1997) Cognitive distortions in sex offenders: an integrative review. Clinical Psychology Review, 17, 479-507.

109. Webster, S.D. and Beech, A.R. (2000) The nature of sexual offenders' affective empathy: a grounded theory analysis. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 12, 249-61.

110. Webster, S.D., Bowers, L.E., Mann, R.E. and Marshall, W.L. (2005) Developing empathy in sexual offenders: the value of offence re-enactments. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 17, 63-77.

111. Whittaker, M.K., Brown, J., Beckett, R. and Gerhold, C. (2006) Sexual knowledge and empathy: a comparison of adolescent child molesters and non-offending adolescents. Journal of Sexual Aggression, 12, 143-54.

112. Williams, C.A. (1990) Biopsychosocial elements of empathy: a multidimensional model. Issues of Mental Health Nursing, 11, 155-74.

113. Wormith, J.S. and Hanson. R.K. (1992) The treatment of sexual offenders in Canada: an update. Canadian Psychology/Psyhologie canadienne, 33, 180-98.

114. Zahn-Waxler, C. and Robinson, J. (1995) Empathy and guilt: early origins of feelings of responsibility, in Self-Conscious Emotions: The Psychology of Shame, Guilt, Embarrassment, and Pride (eds J.P. Tangney and K.W. Fischer), Guilford, New York, pp. 143-73.

115. Zahn-Waxler, C.. Radke-Yarrow, M. and King, R.A. (1979) Child rearing and children's prosocial initiations toward victims of distress. Child Development, 50, 319-30.

الجزء الثالث

المعرفة

الفصل الثالث عشر

العنف السيكوباتى:

منظور الانتباه المعرفى

جنيفير إ. فيتال

كلية هامبدن سيدني، الولايات المتحدة

جوزيف ب. نيومان

جامعة ويسكونسين ماديسون، الولايات المتحدة

لا شك فى أن أى مناقشة للعنف ومنعه يجب أن تتضمن السيكوباتى. إن السيكوباتيين، متميزين بفقر الخبرات الشخصية والوجدانية وبسلوك اندفاعى، وكثيراً ما يكونون مضادين للمجتمع، مسئولون عن قدر غير متناسب من الجريمة والعنف ويمثلون استنزافًا هائلا للموارد المالية والانفعالية لعائلاتهم وأصدقائهم ومجتمعاتهم. يقترف هؤلاء الأشخاص، ويشكلون ٢٥٪ تقريبًا من الجناة المحبوسين، العنف داخل المؤسسات أكثر من الجناة الآخرين، وينهمكون فى مستويات من الانتكاسات العنيفة أعلى من الجناة الآخرين (انظر (20)؛ (25)؛ (26)؛ (49)). والسيكوباتيون لافتون أيضًا بمشاركتهم فى أشكال متنوعة من العنف. يتم التمييز، تقليديا، بين العنف التفاعلى (أى العنف الاندفاعى الذى يعتمد على الانفعال) والعنف الإجرائى (أى العنف المخطط والمتأنى والموجه إلى هدف). لا يقترف السيكوباتيون العنف التفاعلى فقط، لكن

من الراجخ أنهم ينهمكون فى العنف الإجرائى أكثر من الجناة غير السيكوباتيين (5 و 8 و5).

ورغم وجود اتفاق بشأن الارتباط القوى بين السيكوباتية والعنف، فإن الاتفاق أقل بشأن قابلية السيكوباتيين للعلاج. تاريخيا، كان تقدم السيكوباتية سيئا، ورغم أن البعض يقترحون أن السيكوباتى يستجيب للعلاج (على سبيل المثال، (48) و(53))، فإن الكثيرين فى المجال يعتبرون المتلازمة عسيرة العلاج نسبيا (على سبيل المثال، (18) و(34)). على سبيل المثال، قيَّم أوجلوف Ogloff وونج Wong وجرينوود Green-wood(٤٣) أداء السيكوباتيين فى مجموعة علاجية، ووجدوا أن السيكوباتيين المقيَّمين باستخدام نسخة مبكرة من القائمة السيكوباتية المعدلة (17)، ويحتمل أكثر أن يتخلوا عن البرنامج مبكرا، أظهروا أقل تحسُّنٍ عمومًا. وبشكل مماثل، فحص رايس Rice وهاريس Harris وكورمير Cormier (46) أداء السيكوباتيين فى مجموعة علاجية مركزة ضمت أفراد السجن الأكثر تأمينا ووجدوا أن العكس، رغم أن العلاج كان مصحوبا بانتكاسات منخفضة بين المشاركين غير السيكوباتيين، صحيح بالنسبة للسيكوباتيين؛ يحتمل أكثر أن يعاود السيكوباتيون فى المجموعة العلاجية اقتراف جرائم العنف (46). وتُعزَى هذه النتيجة لاحتمال أن المهارات الاجتماعية الجديدة، التى تطورت فى موضع العلاج، لم تحسن إلا قدرة السيكوباتيين على المناورة والسيطرة على الآخرين (24).

بشكل متسق، توحى الأبحاث بأن السيكوباتيين يقاومون العلاج. ومقارنة بغير السيكوباتيين، يكشف السيكوباتيون فى العلاج عن ضعف فى التكيف مع البرنامج (على سبيل المثال، (28) و(43) و(46) و(47))، ومستويات منخفضة من الاستفادة من العلاج (٢٩). إضافة إلى ذلك، يبدو أن العلاج يرتبط بمعدلات مرتفعة من انتكاس السيكوباتيين (على سبيل المثال، (19) و(46)).

افتُرِضتْ، فى ضوء هذه النتائج، بدائل عديدة. أحدها عدم التركيز على العلاجات، بالنسبة للسيكوباتيين، التى تُعدُّ لبناء مهارات اجتماعية أو مشاركة وجدانية، والتركيز،

بدلا من ذلك، على ابتكار برامج لتعديل السلوك لتقليل الأذى (أى الانتكاسات الإجرامية) الذى يتسبب فيه السيكوباتيون (24). ثمة بديل ثانٍ يتمثل فى التحول للبحث عن أسباب السيكوباتية، لابتكار استراتيجيات علاجية أفضل، تناسب عيوبًا معينة فى هذه المجموعة (51 و 58).

نتبنى فى هذا الفصل المقاربة الثانية. نركز خاصةً على نظرية عن السيكوباتية نعتقد أن لها نتائج مباشرة فى العلاج والتدخل، ونرى أن التركيز على آليات نفسية معينة تمثل أساس الاندفاع المتحجر لدى السيكوباتيين يساعد الإكلينيكيين والمستشارين على ابتكار طرق تدخل أكثر فعالية.

ولتحقيق هذه الغاية، يسعى هذا الفصل لتحقيق ثلاثة أهداف أساسية: أولا، تتبع تطور نموذج السيكوباتية لتعديل الاستجابة (15 و 44)، الذى يفترض أن السيكوباتيين يتميزون بعيب فى الانتباه المعرفى cognitive-attention يعوق القدرة على كبح السلوكيات والتفكير فى نتائج هذه السلوكيات والتعلم منها. ثانيًا، مراجعة الأدلة التجريبية التى تدعم نموذج تعديل الاستجابة. ثالثًا، ربط النموذج بالتنظيم الذاتى للبرهان على أن العمليات التى تؤسس الانفلات فى المختبر مماثلة لتلك التى تؤسس العنف فى المجتمع، وأن فحص هذه العمليات يمكن أن يساعد على الكشف عن آليات للعلاج.

الدليل الإكلينيكي:

إن السيكوباتية باعتبارها متلازمة إكلينيكية تميزت حديثا فقط بوضوح عن الإجرام العام، والسوشيوباتية sociopathy، واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع. إلى حد بعيد، نتج هذا التمييز نتيجة نشر "قناع العقل The Mask of Sanity (6)". قدم "قناع العقل" تواريخ حالات بالتفصيل لمجموعة معايير خاصة لتمييز المتلازمة عن عدة اضطرابات أخرى كانت تُضَمُّ تحت اسم "السيكوباتية". وهكذا قدم كليكلى Cleckley

(6) فى هذا الكتاب وسيلة لتمييز السيكوباتى عن "الذهانى" و"العصابى" و"القاصر ذهنيا" و"المجرم ومدمن الكحول".

يحدد "قناع العقل" ١٦ سمة أساسية للسيكوباتية، صاغها كليكلى على أساس تواريخ الحالات. وأثر عدد من هذه المعايير بقوة على التصور الحديث للمتلازمة. أولا، وصف كليكلى (6) السيكوباتى بأنه "يفتقر إلى الشعور بالندم أو الخزى" (ص ٣٣٧). لا يعبر السيكوباتى عن أسف حقيقى عما يقترفه من أعمال مضادة للمجتمع، ولا يقدر غالبًا الهدف من الشعور بهذا الندم. حين يعبر عن الندم، يمكن أن يبدو أجوف وتحت ضغط. وكما يكتب كليكلى: "ينكر عادة بشكل لافت المسئولية تمامًا، ويحملها للآخرين، ويسير غالبا فى الطقس التافه بقول إن معظم مشاكله غلطته... إن طرح أسئلة أكثر تفصيلا بشأن ما يلوم نفسه بشأنه، والسبب الذى يجعله يلوم نفسه، قد لا يكشف فقط عن غياب موقف جاد، بل يكشف أيضًا عن موقف يستحيل تصوره" (ص ٣٤٣).

ثانيا، ينهمك السيكوباتى فى "سلوك مضاد للمجتمع محفَّز بشكل غير مناسب" (ص ٣٣٧). ومن السلوكيات التى وضعها كليكلى ضمن هذه الفئة مخالفات ضئيلة مثل الكذب والخداع والشجار، إضافة إلى جرائم أكثر خطورة، مثل السرقة والاحتيال والتزوير. وهو أمر أساسى حين نتناول عنف السيكوباتى. ورغم أن العنف بوضوح جزء من الذخيرة السلوكية لكثير من السيكوباتيين، فمن الضرورى ألا يفهم هذا العرض مستقلا عن السلوك العام المضاد للمجتمع للسيكوباتى ونقص الكف. على سبيل المثال، استخدمنا عينة من الجناة الذكور من سجون منخفضة التأمين ومتوسطة التأمين وعالية التأمين وأجرينا تحليل النماذج المختلطة mixed-model analysis لمجموعة متنوعة من متهمين بجرائم عنيفة وغير عنيفة، مثل القياس المتكرر ومجموعة القائمة السيكوباتية المعدلة (≤٢٠، ٢١-٢٩، ≥٣٠) ومثل المتغير بين المشاركين. وقمنا بضبط معدلات زد z-scored[١] فى المقاييس المتكررة لتتساوى قيمها

---

(١) معدلات زد Z sores: تطبيق خاص للقواعد التحويلية. ويشير معدل زد لبند معين إلى مدى بعده وفى أى اتجاه ينحرف عن متوسط انتشاره، معبرا عنه بوحدات الانحراف المعيارى لانتشاره.

فى التحليل. ورغم أن التأثير الرئيسى بالنسبة للسيكوباتية كان دالا بدرجة كبيرة (F (٢، ٢٢٥٥) = ٩.١٨٢، p < ٠,٠٠١، ٠,٠، ^{2}= ٠,١٤)، لم تقترب السيكوباتية حسب تفاعل نوع الجريمة من الدلالة الإحصائية (F (2، ٢٢٥٥) < ١,٠، ^{2}= ٠,٠٠٠) بتعبير آخر، رغم ارتباط السيكوباتية بزيادة دالة فى السلوك الإجرامى فإن هذا الميل ليس أكثر صحة بالنسبة للجرائم العنيفة من الجرائم غير العنيفة.

ثالثا، يظهر السيكوباتى "حُكْمًا ضعيفًا وفشلا فى التعلم من الخبرة" (6، ص ٣٣٧). ورغم حقيقة أن هؤلاء الأفراد يتميزون بمستوى عادى من الذكاء، فإنهم يقومون بشكل متكرر باختيارات سيئة، ويبرهنون على حكم سيئ فى محاولاتهم لتحقيق هدف. إضافة إلى ذلك، رغم أن السيكوباتى يستطيع تفسير "الخطأ" فى موقف معين (أى إن ما فعله ربما أدى إلى النتيجة السيئة)، فإنه يبدو عاجزا عن استخدام المعرفة فى المواقف المستقبلية.

رابعًا، "يظهر" السيكوباتى "فقراً عاما فى التفاعلات الوجدانية الرئيسية". ورغم أن السيكوباتى قد يعبر عن نفسه بطرق توحى بأنه يجرب التفاعلات الوجدانية (على سبيل المثال، نفاد الصبر بسرعة، الإعلان عن انفعال)، فإن هذه التعبيرات لا تنقل إحساسًا بخبرة انفعالية عميقة وطويلة المدى. ليس هناك "غضب طبيعى صادق، وسخط حقيقى أو متماسك، وأسى صادق ومتواصل، وزهو مستمر، ومتعة عميقة، ويأس حقيقى" (6، ص ٣٤٨).

رغم أن معايير كليكلى شكلت أساس تعريف متلازمة السيكوباتية، مكَّن ظهور القائمة السيكوباتية لهير (16) والقائمة السيكوباتية المعدلة (17) الباحثين والإكلينيكيين فى المجال من تقييم مصداقية المتلازمة. تتكون القائمة السيكوباتية المعدلة من ٢٠ بنداً، تقاس بالمقابلة ومراجعة الملف على النحو التالى: صفر "لا ينطبق على الشخص"، أو ١ "ينطبق على الشخص بدرجة معينة فقط"، أو ٢ "ينطبق على الفرد"، بمعدلات من صفر إلى ٤٠، وصار التشخيص القاطع من ٣٠ المقياس المقبول فى أمريكا الشمالية فى عينات الذكور.

كشف التحليل العاملى الاستكشافى الأولى Initial Exploratory Factor Analysis للقائمة السيكوباتية المعدلة عاملين اثنين مترابطين (0.50) (17و22 و23). يمثل العامل الأول، العامل الوجدانى/الشخصى حيث يتضمن بنوداً تمثل الكثير من الخصائص الانفعالية الناقصة والمناورة للمتلازمة (على سبيل المثال، فتنة عفوية/ سطحية، المناورة، الوجدان المتحجر الضحل، إلخ). وعُرف العامل الثانى بأنه عامل الانحراف الاجتماعى، أو أسلوب الحياة الاندفاعى/ المضاد للمجتمع، على أساس أنه يحتوى البنود التى تقيس السلوك الإجرامى المضاد للمجتمع وغير المسئول للسيكوباتى (على سبيل المثال، ضعف الانضباط السلوكى، الاندفاع، المشاكل السلوكية المبكرة). ورغم وجود بعض المناقشات الدائرة بشأن نموذج العامل الأكثر ملاءمة (على سبيل المثال، (7)؛ (21)) فإن الميل لتصور السيكوباتية باعتبارها تتكون من مكونات شخصية/ وجدانية واندفاعية/غير مسئولة مازال يهيمن على التفكير فى هذا المجال.

إن السيكوباتى، بإيجاز، كما يوصف فى الأدبيات الإكلينيكية، ويُقيَّم باستخدام القائمة السيكوباتية المعدلة، فرد يتسم بخصائص مميزة عن خصائص المصاب باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، أو بالسوشيوباتية. يتميز السيكوباتى الكلاسيكى أو "الأولى" بخبرات وجدانية محدودة، ومن المعروف أنه يتصرف باندفاع، وبشكل مضاد للمجتمع غالبا، لكنه، رغم ذلك، يبدو مطمئنا هادئا فى وجود الآخرين. يقدم التمثيل المرتفع للسيكوباتيين فى العينات الإجرامية حافزا براجماتيا قويا لفهم العوامل التى تؤسس المتلازمة. فى الأقسام التالية، نصف نموذج تعديل الاستجابة ونناقشه، نموذج الانتباه المعرفى المفترض لتفسير متلازمة السيكوباتية.

تطور نموذج تعديل الاستجابة:

ظهر نموذج تعديل الاستجابة فى سياق فرضية لاكين Lykken (33 و 34) عن الخوف المنخفض، التى افترضت أن السيكوباتى يتميز بميل لعدم الخوف الذى يعوق

السلوك الاجتماعى الطبيعى ويؤدى إلى مجموعة الأعراض التى تميز المتلازمة (على سبيل المثال، الفشل فى التعلم من الخبرة، الافتقار إلى المشاركة الوجدانية، عدم المسئولية، المناورة). وتأسست هذه الفرضية، جزئيا، على نتائج الدراسة المؤثرة جدا للاكين عام ١٩٥٧ عن الارتباط الشرطى فى السيكوباتيين، وأوضحت أن السيكوباتيين (محددين على أساس التماثل مع النموذج الأصلى عند كليكلى) حققوا معدلات أقل على مقياس التقرير الذاتى عن الخوف (أى استبيان النشاط المفضل Activity Prefer-ence Questionnaire)، وأظهروا ارتباطا شرطيا ضعيفا نسبيا فى كهربية الجلد، ونقصا فى أداء التجنب السلبى أيضًا(٢). وتوحى هذه البيانات، مجتمعة، بنقص الارتباط الشرطى بالخوف بين السيكوباتيين، وهو أساس فرضية لاكين عن "الخوف المنخفض".

لم يظهر نموذج تعديل الاستجابة باعتباره تفنيداً لانعدام الخوف عند السيكوباتيين، بل ظهر لتفسير العمليات البيولوجية النفسية التى تكمن وراء هذا الانعدام للخوف. بمصطلحات تجريبية، كان الهدف من نموذج تعديل السلوك تفسير عيب أداء التجنب السلبى عند السيكوباتى، ونقص الاستجابات الفسيولوجية التوقعية للتنبيهات المنفرة واختلال القدرة على تأجيل الإشباع.

وطبقًا لرأى جورنشتاين Gorenstein ونيومان Newman (15) ، يعكس سلوك السيكوباتيين ميلا أساسيا إلى الانفلات، وعرفاه بأنه "سلوك إنسانى فُسِّر باعتباره ينشأ عن سيطرة واهية على ميول الاستجابة" (ص ٣٠٢). والمنفلتون، إذن، هم من "يبدون عاجزين عن السيطرة على ميول الاستجابة الفورية باعتبارها وسيلة لتحقيق أهداف طويلة المدى" (ص ٣٠٢). وهذا الانفلات، الذى يميز عدة متلازمات مرضية إضافة إلى السيكوباتية، بما فيها إدمان الكحول وفرط النشاط والهستيريا، له ما

(٢) استجابة كهربية الجلد electrodermal response: تغير فى خصائص كهربية الجلد استجابة للتوتر أو القلق، ويقاس بتسجيل المقاومة الكهربية للجلد أو التيارات الضعيفة التى يولدها الجسم.

يوازيه فى أدبيات الحيوانات. إن السلوكيات التى تميز انفلات الإنسان، خاصة، مماثلة لسلوكيات الحيوانات التى تعرضت لتلف الحاجز septal lesions، وتتضمن الأداء المختل فى مهام التجنب السلبى ومهام تأجيل الإشباع. إضافة إلى ذلك، إن الحيوانات التى تعانى من تلف الحاجز أكثر بطئًا بشكل دال فى قمع السلوك الساعى للمكافأة فى الاستجابة لإشارات تشير إلى صدمة كهربية وشيكة، وأكثر بطأً أيضًا فى بدء التجنب الإيجابى عند توقع الصدمة (30 و 36)، وهى استجابات سلوكية قد تُسمَّى "انعدام الخوف".

وطبقًا لأوجه التماثل لا يفترض جرونشتاين ونيومان أن السيكوباتيين يتميزون بعيوب كبيرة فى مناطق الحاجز، بل يفترضان أن فحص أدبيات الحاجز فى الحيوانات قد يلقى الضوء على نظائر الإدراك والتحفيز والتعليم للبشر المنفلتين. وقد تولِّد هذه النظائر فرضيات جديدة ترتبط بالعمليات النفسية التى تؤسس سيكوباثولوجيا الانفلات عند البشر، وتضع الأساس لتأسيس هذه العمليات النفسية فى السيكوفسيولوجيا. وهكذا سعى نموذج تعديل السلوك منذ البداية إلى ترجمة النتائج النفسية العصبية لإصابات الحاجز إلى فرضيات يمكن اختبارها فى البشر لتوضيح العمليات التى تؤدى إلى السلوك المنفلت.

من الأدلة الأساسية التى تظهر من أدبيات الحيوانات أن الحيوانات التى تعرضت لإصابات الحاجز لا تصاب باختلال عام. تظهر هذه الحيوانات تجنبا جيدًا للعقاب حين يكون هذا التجنبُ المهمةَ الأساسية. على سبيل المثال، يمكن لهذه الحيوانات تجنب الصدمات، والسيطرة أيضًا على الحيوانات فى نموذج سيدمان Sidman للتجنب، وحين يكون تجنب الصدمة المهمة الأساسية المطلوبة (37 و 54). وإضافة إلى ذلك، رغم أن الحيوانات التى تعانى من إصابات الحاجز أقل قدرة على كبح الاستجابة الفورية فى تعزيز التمييز الشيق لمعدلات منخفضة من الموقف السلوكى، يتطلب من الحيوان كبح الاستجابة لفترة من الوقت (15 و 11)، وإذا تمت الإشارة صراحة إلى الفترة التى ينبغى على الحيوان خلالها كبح الاستجابة فإن الحيوانات تتصرف بشكل طبيعى (10

و 32). وباستخدام هذه البيانات من أدبيات الحيوانات التى تعانى من إصابات الحاجز بوصفها توازى سيكوباثولوجيا الإنسان، افترض نيومان وزملاؤه (39 و40 و41) أن "انعدام الخوف" ظاهريا عند السيكوباتيين لا يعكس عجزًا عاما عن الاستجابة للعقاب، وأن السيكوباتى فى سياقات مناسبة قد يظهر تعلمًا عاديا من العقاب ويظهر استجابات التجنب.

ولاختبار هذه الفرضية، قام نيومان وزملاؤه بسلسلة دراسات اختبرت انعدام الحساسية المزعوم للعقاب عند السيكوباتيين فى سياقات مختلفة. أولا، استخدم نيومان وكوسون Kosson (39) مهمة التجنب السلبى القياسى "اذهبْ/ لا تذهب". فى هذه المهمة، يُطلَب من المشاركين الاستجابة لسلسلة من ثمانية أرقام كل منها مكون من رقمين. أربعة من هذه الأرقام موجبة وأربعة سالبة وينبغى على المشاركين تعلم طبيعة الأرقام بالمحاولة والخطأ. فى الحالة الأولى، وكانت مختلطة من احتمال الثواب/ العقاب، يكسب المشاركون فلوسا عند الاستجابة لرقم موجب، ويخسرون عند الاستجابة لرقم سالب. وهكذا، فى هذه الحالة، كانت كل استجابة من استجابات المشاركين تُثاب أو تُعاقَب. فى هذه الحالة، أدَّى السيكوباتيون مثلما هو متوقع على أساس الأدبيات السابقة عن التجنب السلبى، أى إنهم اقترفوا أخطاء أكثر بشكل دال من المجموعة الضابطة، واستجابوا أكثر بشكل دال لأرقام سالبة مما يعرضهم للخسارة (39).

ورغم ذلك أدخل نيومان وكوسون (39) على أساس بيانات من أدبيات حيوانات تعرضت لإصابات الحاجز حالة ثانية للمهمة. فى هذه الحالة، حالة "العقاب فقط"، لم يكن هناك ثواب، وبدلا من ذلك يخسر المشاركون فلوسا إذا استجابوا لأرقام سالبة ويخسرون أيضًا إذا **فشلوا فى الاستجابة** لأرقام موجبة. وهكذا على عكس حالة الثواب/ العقاب، كانت الغاية الوحيدة فى هذه الحالة تجنب العقاب. إضافة إلى ذلك، على عكس المتوقع بوضع تفسيرات "انعدام الخوف" وعدم الحساسية للعقاب بالنسبة لأداء السيكوباتيين فى الاعتبار، لم يقترف السيكوباتيون أخطاء فى هذه الحالة أكثر

بشكل دال من المجموعة الضابطة. اقترف السيكوباتيون أخطاء أقل فى المتوسط بشكل غير دال من غير السيكوباتيين (39). هكذا، مثل الحيوانات التى تعرضت لإصابات الحاجز، استجاب السيكوباتيون لتنبيهات العقاب فى سياق خاص. فى حالة التركيز على هدف واحد، اختفى عيب السيكوباتيين.

فى مهمة ثانية، أوضح نيومان وبترسون Patterson وكوسون (40) أن السيكوباتيين، حين وضعت عليهم قيود خارجية، أظهروا كبحًا للاستجابة مناسبًا للسياق. استخدم المؤلفون "مهمة كروت اللعب" أثناءها، وفى كل محاولة ربما يختار المشارك أن يقلب (أى "يلعب") كارتا واحدا من مجموعة كروت أو يكف عن المهمة[٣]. إذا كان الكارت الملعوب صورة، يكسب المشارك فلوسًا. وإذا كان الكارت الملعوب رقما، يخسر المشارك فلوسًا. ومن المهم أن مجموعة الأوراق "مرصوصة" بحيث يكون فى المجموعة الأولى المكونة من عشر محاولات ٩٠٪ من الكروت صورًا، وفى الثانية من عشر محاولات ٨٠٪ صورا، وفى الثالثة ٧٠٪ صورًا، وهكذا حتى يكون ١٠٠٪ صورًا من سلاسل من الكروت تتكون كل منها من عشر كروت. حين يقارن أداء السيكوباتيين بأداء غير السيكوباتيين فى هذه المهمة، فإنهم يلعبون كروتا أكثر بشكل دال، ويخسرون فلوسا أكثر بشكل دال من المجموعة الضابطة. أى إنهم يبدون غير حساسين لخسارة الفلوس ويواصلون اللعب بعد النقطة التى يستطيعون "التعادل" عندها. ومن المهم، رغم ذلك، إنه حين استخدم المؤلفون نسخة من هذه المهمة يُرغَم المساهمون فيها على التوقف ٥ ثوانى بعد كل محاولة لم يختلف أداء السيكوباتيين بشكل دال عن أداء المجموعة الضابطة (40). وهكذا أظهر السيكوباتيون، حين أُرغِموا على التفكير فى أدائهم، القدرة على التعلم من نتائج أفعالهم، واستخدام هذه المعلومات للاستدلال بها فى الاستجابات التالية.

---

(٣) مهمة كروت اللعب card-playing task : تعتبر مؤشرا معرفيا عصبيا لاتخاذ القرار.

قدمت النتائج من المهام المختلطة لاحتمال التجنب السلبى ومهمة كروت اللعب دليلا على أن "انعدام الخوف" وصف غير مناسب لعيب السيكوباتى. تأسس "انعدام الخوف" عند السيكوباتيين، فى جزء كبير منه، على عيوبهم الظاهرة فى مهمة التجنب السلبى، لكن كشفت بيانات حديثة أن السيكوباتيين ليست لديهم عيوب عامة فى تعلم تجنب العقاب فى هذه المهمة. ما بدا مهمًا فى هذه الدراسات هو متطلباتُ مهمةٍ معينةٍ وفرص التأمل. واستجابة لهذه البيانات الجديدة، ركز بترسون ونيومان، فى إعادة صياغة نموذج تعديل الاستجابة فى ١٩٩٣، على دور الانتباه فى عيوب أداء السيكوباتيين، وباعتباره عملية نفسية تعكس فى أفضل صورة "متلازمة الحاجز septal syndrome" التى افترضها جورنشتاين ونيومان (15). وطبقا لبترسون ونيومان (44)، لدى السيكوباتيين عيوب فى القدرة على تعليق استجابة مهيمنة والقيام بتحول خاطف ومتزامن للانتباه من تنظيم استجابة موجهة لغاية وتنفيذها، إلى تقييم نتائجها. وهذا التحول هو الذى يسمح للأفراد بالقيام بتعديل استجاباتهم، إذا تطلب الأمر، ويساهم غياب هذا التحول فى الانفلات السيكوباتى.

ويتسق هذا التفسير مع سلوك السيكوباتيين على مهام التجنب السلبى ولعبة الكروت. فى الحالتين، تتطلب حالات المهمة التى كشفت أداء ضعيفًا للسيكوباتيين تعديلا فعالا فى الاستجابة- أى تتطلب القدرة على تحويل الانتباه إلى المعلومات فى الموضع الذى يشير إلى العقاب، مما يمكِّن من تغيير الاستجابة. بالعكس، فى الحالتين اللتين أظهر فيهما السيكوباتيون أداء طبيعيا، لم يكن التعديل الفعال فى الاستجابة مطلوبًا. فى نسخة العقاب فقط من مهمة التجنب السلبى، على سبيل المثال، هناك بؤرة وحيدة للانتباه تلغى الاحتياج إلى تحويل الانتباه بين احتمالات متنافسة. وبشكل مماثل، فى نسخة مهمة لعبة الكروت حيث يُرغَم المشارك على التوقف بين المحاولات، تُعطَى للسيكوباتى فرصة للتأمل، وبالتالى تقل أهمية عملية تعديل الاستجابة. وكما افترض بترسون ونيومان (44)، يمكن أن تفاقم شروطٌ خاصة فى المهمة عيبَ السيكوباتيين فى تعديل الاستجابة أو تعوضه.

في فرضـيـة بترسـون ونيـومـان (44) تُعرَض سلسلةُ من أربع مراحل لتـعـديل الاستجابة. في الخطوة الأولى، تتأسس مجموعة مهيمنة من الاستجابات. ومن ثم توجه هذه المجموعة قدراً مناسبًا من الانتباه إلى تنبيهات بيئية ترتبط بالهدف، وتخلق توقُّعًا باحتمالية منح المكافأة لمجموعة الاستجابات الحالية. في الخطوة الثانية، ينتهك حدثٌ غير متوقع أو منفرُ توقع المكافأة. في هذه الخطوة، يولد التوقع المنتهَك دعوة تلقائية للمعالجة، ويؤدي إلى زيادة الاستثارة العامة (أي غير الخاصة). في الخطوة الثالثة، يُلبَّى طلب المعالجة وتُقمَع الاستجابة السائدة للسماح باستهلال مناسب لجمع المعلومات، أو يفشل طلب المعالجة في قمع السلوك، وفي هذه الحالة تسهل الاستثارةُ في المرحلة الثانية السلوكَ المتقدم بدلا من جمع المعلومات. في الحالة الأولى تعديل في الاستجابة السائدة في ضوء المعلومات الجديدة. وفي الثانية زيادة متضاربة في شدة مجموعة الاستجابة السائدة. ويسمى بترسون ونيومان هذه الشدة في مجموعة الاستجابة السائدة (44) "الانفلات". يحدث عيب السيكوباتيين في هذه المرحلة الثالثة، حين يفشلون في تلبية الدعوة التلقائية للمعالجة التي تتولد عن التباين بين استجابتهم السائدة ونتائج تلك الاستجابة. ونتيجة لهذا، يفشلون في استهلال جمع المعلومات، ويقوِّض هذا الافتقار إلى التأمل التعليم الترابطي (أي بين الاستجابة والنتيجة غير المتوقعة) مما يمكنهم من تعديل استجابتهم السائدة (أي المرحلة الرابعة من السلسلة) (44).

أكملت هذه الصياغة الثانية لنموذج تعديل الاستجابة شيئين: أولا، استطاعت تفسير التجنب السلبي المتباين وبيانات مهمة كروت اللعب، وبرهنت على أن عيوب عمليات الانتباه و"انعدام الخوف" العام ليست جوهر العيب السيكوباتي. ثانيًا، ولَّدتْ فرضية حاسمة بأن السيكوباتي لا يظهر شذوذًا في الأداء فقط في المهام التي تشمل العقاب أو التنبيهات الأخرى المؤسسة على الانفعال، لكن في أي مهمة تتضمن تحويل الانتباه عن تنفيذ استجابة لمعالجة معلومات ثانوية ترتبط بتلك الاستجابة.

ولاختبار هذه الفرضية الحاسمة، قام نيومان وزملاؤه (27 و42 و55 و56) سلسلة تجارب استخدمت الاختلافات فى النموذج الكلاسيكى لاستروب Stroop، مما مكّن من استخدام التنبيهات المحايدة انفعاليا. وأولى هذه المهام مهمة الصور والكلمات بالكمبيوتر (14). فى هذه المهمة، تعرض على المشاركين صورتين أو كلمتين متتاليتين، ويطلب منهم تحديد إن كانت الصورتان (أو الكلمتان) مترابطتين على مستوى المفاهيم. فى محاولات الكلمات، تعرض الكلمة الأولى مع صورة فوقها. فى محاولات الصور، تعرض الصورة الأولى مع كلمة فوقها. وفى كل من الحالتين، يُطلَب من المشاركين تجاهل هذا التنبيه الثانوى (أى الموضوع فوق الآخر). رغم ذلك، فى نصف المحاولات حين لا تكون التنبيهات المعروضة بالتتابع مترابطة، ترتبط الصورة (أو الكلمة) الموضوعة فوق التنبيه الأول بالتنبيه الثانى على مستوى المفاهيم. فى هذه المحاولات، تكون الاستجابة الصحيحة "غير مرتبط"، لكن الاستجابة التى يشير إليها التنبيه الثانوى غير متوافقة مع هذه الاستجابة. بين المشاركين الأصحاء، تأتى الاستجابات لهذه المحاولات أبطأ من الاستجابات للمحاولات حين تكون التنبيهات التى ينبغى تجاهلها غير مرتبطة بالتنبيه الثانى (انظر (14)). واتساقا مع أداء المشاركين الأصحاء، استجاب الجناة الذكور غير السيكوباتيين بشكل أبطأ بشكل دال للمحاولات غير المتطابقة مقابل المحاولات الحيادية (أى التداخل). رغم ذلك، كان هذا التأثير أصغر بشكل دال فى الجناة الذكور السيكوباتيين، مما يوضح حساسية أقل بشكل دال للتنبيه الثانوى ضمن هذه المجموعة (42).

أوضح هيات Hiatt وشميت Schmit ونيومان (27) تداخلا منخفضا فى الاستجابة للتنبيهات الثانوية المحايدة انفعاليا فى الجناة الذكور السيكوباتيين منخفضى القلق باستخدام مهمة ستروب للصورة والكلمة. تتكون مهمة ستروب للصورة والكلمة من أربعة كروت. الكارت الأول مرسوم فيه سلسلة أسماء لأشياء، يطلب من المشاركين قراءتها. والكارت الثانى فيه سلسلة رسوم خطية لأشياء، يطلب منهم تسميتها. فى الكارت الثالث، تعرض الرسوم الخطية وفوقها تريجرامات trigrams (ثلاثة أحرف

مجتمعة لا تشكل كلمة). فى الكارت الرابع، تعرض الرسوم الخطية وفوقها كلمات غير متطابقة من الكارت الأول (على سبيل المثال كلمة "دجاجة" على رسم تخطيطى لضفدعة). على الكارتين الثالث والرابع، يطلب من المشاركين تسمية الرسوم وتجاهل التريجرامات والكلمات التى فوقها. واتساقا مع نتائج مهمة الصورة والكلمة (42)، وجد هيات وشميت ونيومان (27) أن الرجال السيكوباتيين منخفضى القلق أظهروا تداخلا فى الاستجابة للكلمات المقحمة غير المتطابقة أقل بشكل دال من الرجال غير السيكوباتيين منخفضى القلق. إضافة إلى ذلك، تكررت هذه النتيجة مع المراهقين المقيِّمين باستخدام أداة فحص العملية المضادة للمجتمع Antisocial Process Screening Device (13). وهو مقياس مصمم لتقييم السمات السيكوباتية فى الأطفال والمراهقين (56)، ومع الجانيات المقيِّمات باستخدام القائمة السيكوباتية المعدلة (55). وفى كل حالة، أظهر السيكوباتيون تداخلا أقل بشكل دال على مهمة الصورة والكلمة ومهمة ستروب للصورة والكلمة من المجموعة الضابطة.

فى إعادة صياغة أحدث لنموذج تعديل الاستجابة، أعاد ماك كون MacCoon ووالاس Wallace ونيومان (35) وصف العيب الخاص بالشبكة العصبية. بشكل خاص، يفترض نموذج "اتزان السياق المناسب للانتباه context appropriate balance of attention" أن من الأفضل تصور العيب المتعلق بالبؤر الوسيطة من أعلى إلى أسفل ومن القاع إلى القمة فى الانتباه الانتقائى. الانتباه "من أعلى إلى أسفل" محدود القدرة وموجه إلى هدف ويناظر المرحلة الأولى من نموذج بترسون ونيومان (44)، وهو أساسى للتنفيذ الناجح لمجموعة الاستجابات السائدة، وخاصة فى وجود تشويش. وفى الشبكة العصبية، تكون الاستجابة السائدة هى الشبكة الأكثر نشاطًا- حاليا- فى الخلايا العصبية النشطة معًا. تناظر المعالجة من القاع إلى القمة، فى المقابل، "دعوة المعالجة" التى ابتكرها بترسون ونيومان، وتتضمن متابعة الصراع التلقائى. ومن هذا المنظور، يمثل العيب فى تعديل الاستجابة فشل القدرة المحدودة، الانتباه الانتقائى

لتعزيز تنشيط الشبكات العصبية البديلة التى تكمن وراء الاستجابات غير السائدة، لكنها ضمنيا أكثر تكيفا.

يتضمن تعديل الاستجابة، فى نموذج اتزان السياق المناسب للانتباه، إعاقة مصادر الانتباه من أعلى إلى أسفل، ونقلها استجابةً لدعوة المعالجة من القمة إلى القاع. وإذا اختير الانتباه من أعلى إلى أسفل بسهولة شديدة، فيحتمل ألا يكون للسلوك الهادف بؤرة. بالعكس، حين يُنجَز الانتباه من أعلى إلى أسفل بشكل مبالغ فيه فى الاستجابات السائدة، لا تكون طبيعة السلوك مثيرة للخلاف بالفشل فى تنشيط الاستجابات غير السائدة المرتبطة بتغير الظروف، والتعلم السابق واعتبارات أخرى أوسع قد تؤدى، لولا ذلك، إلى تنشيط استجابات بديلة وقمع السلوكيات الأقل تكيفا. من هذا المنظور، يُخدَم التكيف فى اتخاذ القرار وفى السلوك، على أفضل وجه، باتزان السياق المناسب للانتباه الذى يعتمد، بدوره، على طبيعة تعديل الاستجابة (35).

نتأمل، على سبيل المثال، مهمة التجنب السلبى. فى نسخة الاحتمال المختلط هدفان (كسب الفلوس، وتجنب خسارتها) يمثلان شبكتين مختلفتين. بمجرد تنشيط إحدى الشبكتين (أى بمجرد أن تصبح مجموعة الاستجابة السائدة)، تستمر حتى يحدث تباينٌ وتُستهل دعوة للمعالجة من القاع للقمة. وتتطلب تلبية هذه الدعوة للمعالجة انتباهاً انتقائيا من أعلى إلى أسفل، مما يسهل تنشيط شبكة منافسة غير سائدة. بين السيكوباتيين، لا تلبى قط دعوة المعالجة، ويقوض النشاط المستمر للشبكة غير السائدة، وتستمر الاستجابة السائدة.

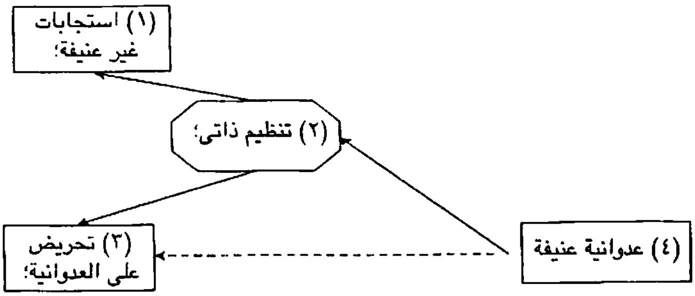
يأخذ نموذجُ "اتزان السياق المناسب للانتباه" لماكون MacCoon وولاس Wallace ونيومان Newman (35)" نموذجَ تعديل السلوك" خطوة أبعد بإدخال معجم جديد للشبكة العصبية، وتحديد، ربما بشكل أوضح، النقطة التى يحدث عندها العيب فى تعديل الاستجابة. وهى الخطوة الأخيرة فى التطور المستمر لنموذج تعديل الاستجابة، خطوة تتجه جيدا إلى تطبيق العيب فى تعديل الاستجابة على النماذج الموجودة للتنظيم

الذاتى. فى القسم التالى، نتناول كيف يمكن أن يمثل تعديل الاستجابة عدسة فريدة نرى من خلالها عمليات التنظيم الذاتى عند السيكوباتيين، وربما تقدم نقاطًا جديدة للتدخل.

تعديل الاستجابة والتنظيم الذاتي السيكوباتي:

تؤكد النماذج التقليدية للتنظيم الذاتى على الكف المناسب للسلوك غير المناسب. وطبقًا لرأى كَنْفِر Kanfer وجيليك Gaelick (31)، على سبيل المثال، يتضمن التنظيم الذاتى المتابعة المناسبة والتقييم، وتعديل السلوك إذا لزم الأمر. وبشكل مماثل، يرى بوميستر Baumeister وهثِرْتُون Hetherton (2) أن وجود المعايير والغايات، ومتابعة التقدم باتجاهها، وتصحيحها، بمثابة العناصر الثلاثة الأساسية للتنظيم الذاتى. فى كل حالة، تؤكد النماذج التقليدية للتنظيم الذاتى على مقاربة من أعلى إلى أسفل لتعديل السلوك، حيث يستهل التباين بين نتائج سلوك وغاية موجودة، أو معيار موجود، تقييما مناسبا للسلوك الحالى، وتعديل السلوك إذا لزم الأمر. وتلقى هذه المقاربات الضوء على أهمية التنظيم الذاتى فى مواقف جديدة، وحين لا تكون الاستجابات المعتادة، أو الاستجابات الأقوى، مثالية، وهناك حاجة متزايدة للمتابعة المناسبة والتقييم وتعديل السلوك.

نقدم فى الشكل "١٣، ١" تمثيلا لنموذج معيارى للتنظيم الذاتى فى علاقته بالعنف. فى النموذج، يستطيع فرد يتمتع بالقدرة على التنظيم الذاتى استخدام المصادر من أعلى إلى أسفل لانتقاء استجابة عنيفة أو غير عنيفة لاستثارة. والفرد الذى لا ينهمك فى التنظيم الذاتى ينجز، رغم ذلك، تفاعلا أقوى للاستثارة (أى الخط المنقط).



الشكل ١٣، ١ التنظيم الذاتى للعدوانية.

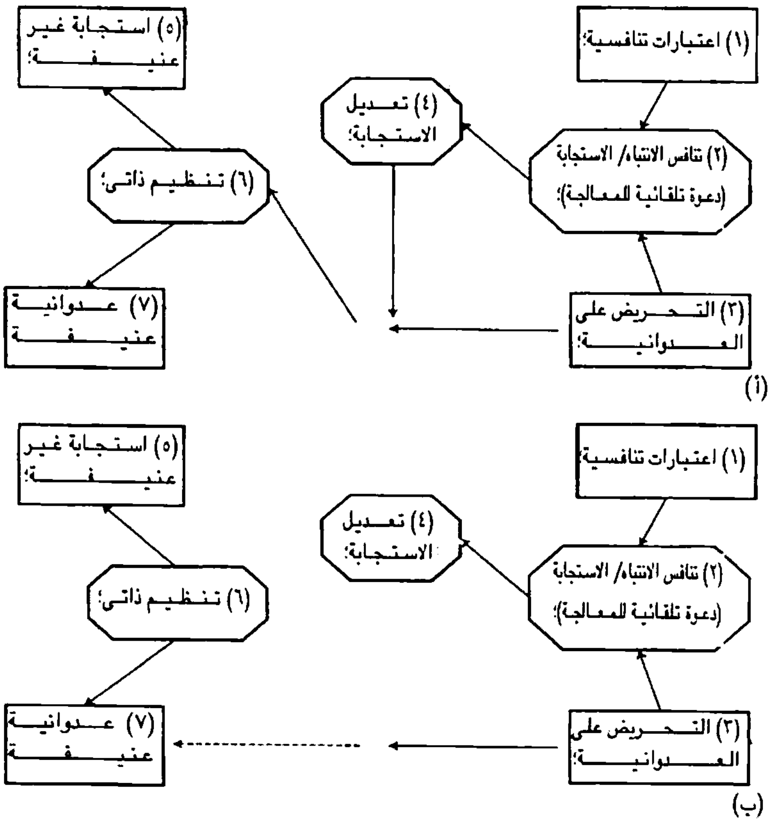
قد لا يكون هذا النموذج، رغم ذلك، التفسير الأفضل لانفلات السيكوباتى، ويرجع ذلك أساسًا إلى أن عيوب التنظيم الذاتى المرتبطة بالسيكوباتية لا تحدث فى هذه المرحلة. تحدث فى مرحلة مبكرة، حين لا تُلبِّى "دعوة المعالجة" المنبثقة من وجود تباين بين نتيجة سلوك ومجموعة الغايات والمعايير بعمليات انتباه من أعلى إلى أسفل. ويضرب مثالا لهذا الوضع بملاحظة شابيرو Shapiro (52) بأن السيكوباتى يبقى "غافلا عن العيوب أو المضاعفات التى قد تجعل شخصًا آخر يكف، وربما يكف أيضًا لولا ذلك" (ص ١٤٧-٩).

يسهل تعديل الاستجابة معالجة تضارب المعلومات عن الاستجابة، وتقييم الاستجابات التى تستهل التنظيم الذاتى، فيتداخل تعديل ضعيف للاستجابة، ليس بالتأثير على العملية المناسبة ذاتها للتنظيم الذاتى، لكن بكبح استهلال هذه العملية. لا تتمثل مشكلة السيكوباتى فى تنظيم ذاتى مناسب أو انضباط معرفى- أى تحريك مصادر منضبطة كافية للتغلب على الاستجابة السائدة فى نموذج التنظيم الذاتى؛ تتمثل على الأرجح فى فشل تسجيل صراع الاستجابة، الذى ينبغى أن يستهل سلسلة التنظيم الذاتى. وبقدر فشل المرء فى معالجة الصراع، تصبح مهارات الانضباط المعرفى غير ذات صلة بالموضوع.

فى الشكل "١٣، ٢أ" نوضح النموذج المعيارى بغرس معالجة مبكرة لمعالجة المعلومات تدمج معالجة الصراع ووظيفة تعديل الاستجابة. بشكل خاص، تؤدى الارتباطات التلقائية المرتبطة بالتحريض على العدوانية إلى صراع استجابة، وتصدر دعوة لمعالجة أكثر ملاءمة وانضباطًا. بقدر ما يحدث تعديل الاستجابة، يحدث تحول

خاطف وتلقائى نسبيا للانتباه من إنجاز سلوك موجه إلى هدف إلى تقييمه (44). أو بتعبير آخر، "يلبى" الأفراد "دعوة المعالجة" بتوضيح صراع الاستجابة، ثم التحول إلى صيغة انضباط تشمل تقييماً مناسباً وتعديلا للسلوك إذا لزم الأمر (أى تنظيما ذاتيا).

وإذا لم يحدث تعديل الاستجابة (انظر الشكل "١٣، ٢ب")، رغم ذلك، فإن دعوة المعالجة لن تُلبى، ويكون هناك قليل من الإتقان، أو لن يكون هناك إتقان، فى صراع الاستجابة، وفى هذه الحالة يتم التعبير عن الاستجابة الأقوى بطريقة تلقائية نسبيا (أى بدون فائدة للتقييم المناسب) كما يوضح الخط المنقط.



الشكل ١٣، ٢ نموذج توضيحى للتنظيم الذاتى والعدوانية بدمج متابعة الصراع وتعديل الاستجابة.

طبقا لهذا النموذج، يحتمل أن تفشل محاولات تغيير السلوك السيكوباتى، عند مستوى التنظيم الذاتى المناسب. كما برهن والاس وآخرون (58)، واضعين فى الاعتبار أن العيب يحدث فى نقطة متابعة الصراع التلقائى، لكن لا يحتمل أن يؤدى تغيير محتوى تفكير السيكوباتى ببساطة (أى تعليم مهارات اجتماعية ومعالجة الغضب، العلاج المعرفى التقليدى) إلى تحسن كبير فى سلوكه. وتتطلب هذه التقنيات من السيكوباتى انهماكًا فى تنظيم ذاتى مناسب، ويفشل السيكوباتى فى القيام بذلك نتيجة عجزه عن تعديل الاستجابة. وهكذا لا يستطيع الوصول إلى هذه الاستجابات الجديدة الأكثر تكيفا فى المواقف الرئيسية.

بدل التركيز أساسًا على تغيير محتوى ذخيرة الاستجابة عند السيكوباتيين، أو مخاطبة حافزهم للعمل بشكل مناسب، يؤكد النموذج المقدم هنا، أساسًا، على تطوير الاستراتيجيات وتعليمها للتعويض عن العيب الأساسى فى معالجة المعلومات الذى يجعل الوصول إلى هذه الاستجابات البديلة بالغ الصعوبة (58). وتبين وجود شروط تختفى فى ظلها، فى النماذج التجريبية، عيوب أداء السيكوباتيين فيستطيعوا التصرف مثل أفراد المجموعة الضابطة (1 و39 و40). وتحتاج هذه الشروط إلى الترجمة إلى مصطلحات "واقعية"، ويُستخدَم فهمنا لمؤشرات عيوب تعديل الاستجابة عند السيكوباتيين لابتكار طرق للتدخل توفر هذه الشروط.

بإيجاز، إن السيكوباتيين، طبقا لفرضية تعديل الاستجابة ونموذج "اتزان السياق المناسب للانتباه"، مهيَّئون للعمل عند الضرورة بمجرد أن يصبحوا أقوياء لأنهم لا يخصصون انتباها كافيًا من أعلى إلى أسفل لمعالجة ارتباطات من القاع إلى القمة، يمكن، لولا ذلك، أن تقوم بتعديل السلوك. وطبقًا لهذا الرأى، يعكس السلوك الإشكالى عند السيكوباتيين عيبًا عاما فى مرونة الانتباه، مما يؤثر مباشرة على تنظيم الذات واتخاذ القرار الملائم، ولا يعكس دوافع خاصة تجاه الفعل العنيف، أو السعى إلى المكافأة، أو انعدام الحافز لتجنب العقاب. بقدر ما يعيق العيب فى تعديل الاستجابة قدرة السيكوباتيين على الانهماك فى الاستراتيجيات المناسبة للتنظيم الذاتى، يفتقر

سلوكـهم (العنيف وغـيـر العنيف) إلى خـصـائص التـقـيـيم والتـروى، التى توجـد فى الآخرين.

من الفـوائد المحـتـملة لاسـتـخـدام نموذج تعـديل الاسـتـجـابة لتـفـسـيـر سلوك السيكوباتيين أنه يمكننا من تناول الإجرام المتنوع للسيكوباتيين بطريقة جديدة. وكما لاحظنا من قبل، الجانى السيكوباتى لافت فى مشاركته فى كل من العدوانيـة التفاعلية والعدوانية الإجرائية. وتعتقد النماذج الحالية عن العنف عمومًا أن هذين الشكلين من العـدوانيـة يـخـتلفـان فى الأصل والآليـات والمعـالجـة (57). على سـبـيل المثال، تـرتبط العدوانية الاندفـاعية التفاعلية بخلل محـتمل فى وظيفة الامتدادات الكابحـة inhibitory projections من الأجـزاء المحـجـرية/ الوسطى فى مـقـدمـة الفص الأمـامى إلى اللوزة (على سبـيل المثال، (3) و(9)). وعلى المستوى النفسى، تتضمن العدوانيـة الاندفاعيـة مشكلة تحريك مصـادر كافيـة من أعلى إلى أسفل لكبح الاندفاعات العدوانيـة القوية بتنشيط استجابات بديلة، خاصـة حين يدفع هذه الاندفاعاتِ وجدانٌ سلبى (38 و 45). فى المقابل، لأن العدوانية الإجرائية متعمدة، ليس من الطبيعى أن تُنسَب إلى عيب فى الضبط من أعلى إلى أسفل. ورغم وجود اتفاق أقل بشأن الخلفية البيولوجية النفسية للعدوانية الإجرائية يقترح نموذج آليـة كبح العنف لبلير Blair's Violence Inhibition Mechanism Model (7) أن العدوانية الإجرائية تعكس عجز السيكوباتيين عن تشكيل ارتباطات بين التنبيهات الانفعالية غير الشرطية (مثل إشارات الكرب) والتنبيهات الشرطية.

تبـدو هذه المقاربة المزدوجـة لأسبـاب المرض مناسـبـة تمامًا للسـيكوباتيـة، التى تتكون، طبقًا لتقييمها بالقائمة السيكوباتية المعدلة، من عاملين كبيرين. ويرى كثير من الباحثين أن نموذج القائمة السيكوباتية المعدلة ذات العاملين للسيكوباتية (على سبيل المثال، (12)) يشير إلى أن السيكوباتية متلازمـة متنوعة على مستوى الأسباب، مع بعض الخصائص البارزة للاضطراب (على سبيل المثال، التحجر مع الآخرين والوجدان الضحل، المرتبطة بالعامل الأول على القائمة السيكوباتية المعدلة) تعكس مجموعة من

العمليات البيولوجية النفسية، وخصائص أخرى بارزة (على سبيل المثال، السلوك الاندفاعى وأسلوب الحياة المضادة للمجتمع، المرتبطة بالعامل الثانى على القائمة السيكوباتية المعدلة) تعكس عمليات بيولوجية نفسية أخرى.

فى مقابل هذه المقاربة، يقترح نموذج تعديل الاستجابة أن شكلى العنف ينبعان من العيب الأساسى ذاته فى تعديل الاستجابة. ولهذا التفسير البديل، رغم أنه تمهيدى فى هذا الوقت، فوائد تجعلنا نوصى به. أولا، يقدم تفسيراً أضيق لسلوك السيكوباتيين، يتسق أيضًا مع الملاحظات الإكلينيكية التى قدمها كليكلى Cleckley وآخرون. تصور كليكلى، على سبيل المثال، أن تنوع السلوكيات غير المسئولة والمضادة للمجتمع عند السيكوباتيين يعكس عيبًا أساسيا واحداً. طبقا لرأى كليكلى (6) "ينبغى اعتبار [العنف] الاستثناء لا القاعدة... [ومع ذلك]، حين تظهر الميول الإجرامية الخطيرة فى السيكوباتى فإنها تكتسب تعبيرا جاهزا..." (ص ٢٦٢). "هناك للإشارة إلى حنق عنيف بشدة ما هو أقل من انكسار انفعالى ضعيف نسبيا خلال قيود ربما تكون حتى أضعف" (ص ٢٦٣). هذا الرؤية لعنف السيكوباتيين- باعتباره ناتجًا عن "قيود ضعيفة- تضعه ضمن السلسلة ذاتها التى توضع ضمنها سلوكياتهم الأخرى الاندفاعية غير المسئولة. وفى كل الأحوال، يبدو أن السيكوباتيين يتصرفون طبقًا للحاجات الملحة الفورية بدون تقييم نتائج تصرفاتهم بالنسبة لهم وللآخرين.

ثانيًا، تفسر هذه المقاربة التفرد النسبى للعنف الإجرائى بين الجناة السيكوباتيين. ومع إن السيكوباتيين لا يقترفون كل العنف الإجرائى، فمن المرجح أن ينهمكوا فى هذا السلوك أكثر من الجناة الآخرين (5 و8 و50). ونتيجة لذلك، من المهم لأى نموذج لعنف السيكوباتيين أن يفسر هذه العدوانية الموجهة. يقدم نموذج تعديل الاستجابة نموذجًا نظريا صالحًا، مع السلوك الموجّه وغير الملائم، الذى يحدث فى إجراء معملى باعتباره موازيا للعدوانية الإجرائية التى تحدث خارج المختبر. على سبيل المثال، فى مهمة التجنب السلبى ومهمة لعبة الكروت، أوضح السيكوباتيون العجز عن الاهتمام بالعواقب بعيدة المدى والعقاب الفورى بمجرد الشروع فى مجموعة الاستجابة السائدة "اذهب".

بطرق ما، يشبه هذا السلوك الذى يأتى به السيكوباتى الذى يقرر، بمجرد الحصول على بندقية، استخدامها أثناء سرقة، ويعجز بوضوح عن التفكير فى أن العقاب يزيد نتيجة وجود السلاح.

ثالثًا، بينما ركزت معظم الأبحاث عن عنف السيكوباتيين على تفسير عدوانيتهم الإجرائية- الفريدة نسبيا- يلقى نموذج تعديل الاستجابة بضوء جديد على العنف التفاعلى للسيكوباتيين. تعتبر العدوانية الاندفاعية عادة تعبيراً منفلتا عن الوجدان السلبى؛ ومع ذلك يبدو هذا التفسير متضارباً بين السيكوباتيين الذين يتميزون بقدرة وجدانية محدودة (6 و 17). ينسب سلوك السيكوباتيين عادة إلى فشل الانفعالات السلبية مثل الخوف والأسى فى تقييد عنفهم وتصرفاتهم الأخرى المضادة للمجتمع. وهكذا، ربما تختلف العدوانية التفاعلية عند السيكوباتيين بطرق مهمة عن العدوانية التفاعلية عند غير السيكوباتيين. يمكن لنموذج تعديل الاستجابة، بتركيزه على عوامل الانتباه المعرفى، أن يطرح العدوانية التفاعلية عند السيكوباتيين ولا يتطلب ذلك مستويات مرتفعة من الوجدان السلبى. وبدلا من ذلك، تعكس العدوانية التفاعلية، فى هذا النموذج، شدة الاستجابة الأقوى نتيجة فشل تعديل الاستجابة. أى إن السيكوباتيين، إذا وضعنا فى الاعتبار التحريض على العدوانية، يأتون باستجابة عدوانية أقوى، ليس فقط لأن الغضب "قصَّر دوائر" السلسلة الطبيعية للتنظيم الذاتى، بل لأن العجز عن القيام بتحويل الانتباه إلى إشارات بيئية تشير إلى الحاجة إلى التنظيم، يضمن أن التنظيم الذاتى لن يبدأ أبداً.

من غير الواضح، حاليا، أى نموذج نظرى يقدم التفسير الأفضل لعنف السيكوباتيين. وتتسق مقاربة الأسباب المزدوجة مع التصورات التقليدية للعنف التفاعلى والإجرائى؛ ورغم ذلك، يقدم نموذج تعديل الاستجابة تفسيراً أضيق للعدوانية الاندفاعية والإجرائية عند السيكوباتيين، ويعترف بالتفرد المحتمل لعنف السيكوباتيين. وهكذا، فإنه جدير بالاستكشاف المتواصل، خاصة إذا وضعنا فى الاعتبار احتمالية أن زيادة فهمنا لهذا النموذج ربما يمكننا من طرح أكثر فعالية للسلوكيات الاندفاعية والعدوانية.

الملخص والخلاصة

بصرف النظر عما إذا كانت العدوانية الاندفاعية والإجرائية عند السيكوباتيين تعكسان العمليات ذاتها، نفترض أن الأدلة المعملية على عيوب تعديل الاستجابة فى السيكوباتية، وارتباطها الراسخ بعيوب تعلم التجنب السلبى عند السيكوباتيين، تستدعى استخدام نموذج تعديل الاستجابة لوضع تصور للعمليات المسببة التى تكمن وراء السلوك العنيف عندهم. ويؤدى تبنى هذا المنظور إلى نتائج عديدة. أولا، يقترح أن السلوكيات الاندفاعية عند السيكوباتيين، سواء كانت عنيفة أم غير عنيفة، تعكس عيبا أساسيا واحداً. ثانيا، يرى أن هذا العيب الأساسى الوحيد يتعلق بالانتباه المعرفى فى طبيعته، ويمكن فهمه باعتباره فشلا فى عمليات الانتباه من أعلى إلى أسفل فى القيام بتنشيط كافٍ للشبكات غير السائدة فى مواجهات دعوة المعالجة من القاع إلى القمة. أخيراً، تبرهن هذه المقاربة على أن علاج عيوب التنظيم الذاتى عند السيكوباتيين يتطلب تأكيداً على عملية تعديل الاستجابة، التى تستهل التنظيم الذاتى الناجم عن الإشارة وتحفزه، وليس على زيادة عمليات الانضباط المعرفى المناسب عند الفرد. وهكذا، يسعى المؤلفان، بإلقاء الضوء على هذا النموذج، ومواصلة البناء على البيانات التجريبية الجوهرية التى تدعمه، إلى انتفاع الباحثين والإكلينيكيين أيضًا من الرؤى الجديدة فى تقييم العمليات المسببة التى تكمن وراء السيكوباتية، والتشخيص التفريقى وطرق تدخل أكثر خصوصية وتأثيرا.

المراجع

1. Arnett, P.A., Smith, S.S. and Newman, J.P. (1997) Approach and avoidance motivation in psychopathic criminal offenders during passive avoidance. Journal of personality and Social Psychology, 72, 1413-28.

2. Baumeister, R.F. and Hetherton, T.F. (1996) Self-regulation failure: an overview. Psychological Inquiry, 7, 1-15.

3. Best, M., Williams. J.M. and Coccaro, E.F. (2002) Evidence for a dysfunctional prefrontal circuit in patients with an impulsive aggressive disorder. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 99 (12), 8448-53.

4. Blair, R.J.R. (2001) Neurocognitive models of aggression, the antisocial personality disorders and psychopathy. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 71, 727-31.

5. Blair, R.J.R. (2005) The neurobiology of antisocial behaviour and psychopathy, in The Cognitive Neuroscience of Social Behaviour (eds A. Easton and N.J. Emery), Psychology Press, New York, pp. 291-324.

6. Cleckley, H. (1988) The Mask of Sanity, St. Louis.

7. Cooke, D.J., Michie, C. and Hart, S.D. (2006) Facets of clinical psychopathy: towards clearer measurement, in Handbook of Psychopathy (ed. C.J. Patrick), Guilford, New York, pp. 91-106.

8. Cornell, D.G., Warren, J., Hawk, G. et al. (1996) psychopathy in instrumental and reactive violent offenders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 783-90.

9. Davidson, R.J., Putnam, K.M. and Larson, C.L. (2000) Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation: a possible prelude to violence. Science, 298 (5479), 591-4.

10. Ellen, P. and Butter, J. (1969) External cue control of DRL performance in rats with septal lesions. Physiology and Behavior, 4, 1-6.

11. Ellen, P., Wilson, A.S. and Powell, E.W. (1964) Septal inhibition and timing behavior in the rat. Journal of Comparative Neurology, 10, 120-32.

12. Fowles, D.C. and Dindo, L. (2006) A dual deficit model of psychopathy, in Handbook of Psychopathy (ed. C.J. Patrick), Guilford, New York, pp. 14-34.

13. Frick, P.J. and Hare, R.D. (2002) The Antisocial Process Screening Device, Multi-Health Systems, Toronto.

14. Gernsbacher, M.A. and Faust, M.E. (1991) The mechanism of suppression: a component of general comprehension skill. Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition, 17, 245-62.

15. Gorenstein, E.E. and Newman, J.P. (1980) Disinhibitory psychopathology: a new perspective and a model for research. Psychological Review, 87,301-15.

16. Hare, R.D. (1980) A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. Personality and Individual Differences, 1, 111-9.

17. Hare, R.D. (1991) manual for The Hare Psychopathology Checklist- Revised, Multi-Health Systems, Toronto.

18. Hare, R.D. (1993) Without Conscience: The Disturbing World of the Psychopaths among Us, Guilford, New York.

19. Hare, R.D., Clark, D., Grann, M. and Thornton, D. (2000) psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: an international perspective. Behavioral Science and the Law, 18, 623-45.

20. Hare, R.D. and Hart, S.D. (1993) Psychopathy, mental disorder, and crime, in Mental Disorder and Crime (ed. S. Hodgins), Sage, Newbury Park, CA, pp. 104-15.

21. Hare, R.D. and Neumann, C.S. (2006) The PCL-R assessment of psychopathy. Handbook of Psychopathy (ed. C.J. Patrick), Guilford, New York, pp. 58-90.

22. Harpur, T.J., Hakstian, A.R. and Hare, R.D. (1988) Factor structure of the psychopathy checklist. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 741-7.

23. Harpur, T.J., Hare, R.D. and Hakstian, A.R. (1989) Two-factor conceptualization of psychopathy: construct validity and assessment implications. Psychological Assessment, 1, 6-17.

24. Harris, G.T. and Rice, M.E. (2006) Treatment of psychopathy: a review of empirical findings, in Handbook of Psychopathy (ed. C.J. Patrick), Guilford, New York, pp. 555-72.

25. Hemphill, J.F., Hare, R.D. and Wong, S. (1998) Psychopathy and recidivism: a review. Legal and Criminological Psychology, 3, 139-70.

26. Hemphill, J.F., Templeman, R., Wong, S. and Hare, R.D. (1998) Psychopathy and crime: recidivism and criminal careers, in Psychopathy: Theory, Research, and Implications for Society (eds D.J. Cooke, A.E. Forth and R.D. Hare), Kluwer, Amsterdam, pp. 375-99.

27. Hiatt, D.D., Schmitt, W.A. and Newman, J.P. (2004) Stroop tasks reveal abnormal selective attention among psychopathic offenders. Neuropsychology, 18, 50-9.

28. Hobson, J., Shine, J. and Roberts, R. (2000) How do psychopaths behave in a prison therapeutic community? Psychology, Crime and Law, 6, 139-54.

29. Hughes, G., Hogue, T., Hollin, C. and Champion, H. (1997) First stage evaluation of a treatment programme for personality disordered offenders. Journal of Forensic Psychiatry, 8, 515-27.

30. Kaada, B.R., Rasmussen, E.W. and Kveim, O. (1962) Impaired acquisition of passive-avoidance behavior by subcallosal, septal, hypothalamic, and insular lesions in rats. Journal of Comparative and Physiological Psychology, 55, 661-70.

31. Kanfer, F.H. and Gaelick, L. (1986) Self-management models, in Helping People Change: A Textbook of Methods (eds F.H. Kanfer and A.P. Goldstein), Pergamon, New York, pp. 283-345.

32. Kelsey, J.E. and Grossman, S. (1971) Non-perseverative disruption of behavioral inhibition following septal lesions in rats. Journal of Comparative and Physiological Psychology, 75, 302-11.

33. Lykken, D.T. (1957) A study of anxiety in the sociopathic personality. Journal of Abnormal and Social Psychology, 55, 6-10.

34. Lykken, D.T. (1995) The Antisocial Personalities, Lawrence Erlbaum Associates, New York.

35. MacCoon, D.G., Wallace, J.F. and Newman, J.P. (2004) Self-regulation: Context-appropriate balanced attention, in Handbook of Self-Regulation: Research, Theory, and Applications (eds R.F. Baumeister and K.D. Vohs), Guilford Press, New York, NY, pp. 422-44.

36. McCleary, R.A. (1961) Response specificity in behavioral effects of limbic system lesions in the cat. Journal of Comparative and Physiological Psychology, 54, 605-13.

37. Morgan, J.M. and Mitchell, J.C. (1969) Septal lesions enhance the delay of responding on a free operant avoidance schedule. Psychonotnic Science, 16, 10-11.

38. New, A.S., Hazlett, E.A., Buchsbaum, M.S. et al. (2002) Blunted prefrontal cortical 18 flurodeoxyglucose positron emission tomography response to metachlorophenylpiperazine in impulsive aggression. Archives of General Psychiatry, 59 (7), 621-9.

39. Newman, J.P. and Kosson, D.S. (1986) Passive avoidance learning in psychopathic and nonpsychopathic offenders. Journal of Abnormal Psychology, 96, 257-63.

40. Newman, J.P., Patterson, C.M. and Kosson, D.S. (1987) Response perseveration in psychopaths. Journal of Abnormal Psychology, 96, 145-8.

41. Newman, J.P. and Schmitt, W.A. (1998) passive avoidance in psychopathic offenders: a replication and extension. Journal of Abnormal Psychology, 107 (3), 527-32.

42. Newman, J.P., Schmitt, W.A. and Voss, W. (1997) Processing of contextual cues in psychopathic and nonpsychopathic offenders. Journal of Abnormal Psychology, 106, 563-75.

43. Ogloff, J.R., Wong, S. and Greenwood, A. (1990) Treating criminal psychopaths in therapeutic community program. Behavioral Sciences and Law, 8, 181-90.

44. Patterson, C.M. and Newman, J.P. (1993) Reflectivity and learning from aversive events: toward a psychological mechanism for the syndromes of disinhibition. Psychological Review, 100, 716-36.

45. Raine, A., Meloy, J.R., Bihrle, S. et al. (1998) Reduced prefrontal and increased subcortical brain functioning assessed using positron emission tomography in predatory and affective murders. Behavioral Sciences and Law, 16 (3), 319-32.

46. Rice, M.E., Harris, G.T. and Cormier, C. (1992) A follow-up of rapists assessed in a maximum security psychiatric facility. Journal of Interpersonal Violence, 5, 435-48.

47. Richards, H.J., Casey, J.O. and Lucente, S.W. (2003) Psychopathy and treatment response in incarcerated female substance abusers. Criminal Justice and Behavior, 30, 251-48.

48. Salekin, R.T. (2002) Psychopathy and therapeutic pessimisms: clinical lore or clinical reality? Clinical Psychology Review, 22, 79-112.

49. Salekin, R.T., Rogers, R. and Sewell, K.W. (1996) A review of meta-analysis of the Psychopathy Checklist and Psychopathy Checklist-Revised: predictive validity of dangerousness. Clinical Psychology: Science and Practice, 3, 203-15.

50. Serin, R.C. (1991) Psychopathy and violence in criminals. Journal of Interpersonal Violence, 6, 423-31.

51. Serin, R.C. nd Kuriychuk, M. (1994) Social and cognitive deficits in violent offenders. International Journal of Law and Psychiatry, 17, 431-41.

52. Shapiro, D. (1965) Neurotic Styles, Basic Books, New York.

53. Skeem, J.L., Monahan, J. and Mulvey, E.P. (2002) Psychopathy, treatment involvement, and subsequent violence among civil psychiatric patients. Law and Human Behavior, 26 (6), 577-603.

54. Sodetz, F.J. (1970) Septal ablation and free operant avoidance behavior in the rat. Physiology and Behavior, 5, 773-8.

55. Vitale, J.E., Hiatt, K.D., Brinkley, C.A. and Newman, J.P. (2007) Abnormal selective attention in psychopathic female offenders. Neuropsychology, 21, 301-12.

56. Vitale, J.E., Newman, J.P., Bates, J.E. et al. (2005) Deficient behavioral inhibition and anomalous selective attention in a community sample of adolescents with psychopathic and low anxiety traits. Journal of Abnormal Child Psychology, 33, 461-70.

57. Volavka, J. (1999) The neurobiology of violence: an update. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 11 (3), 307-14.

58. Wallace, J.F., Schmitt, W.A., Vitale, J.E. and Newman, J.P. (2000) Experimental investigations of information processing deficiencies and psychopathy: implications for diagnosis and treatment, in Clinical Assessment of Psychopathy (ed. C. Gacono), Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ, pp. 87-110.

الفصل الرابع عشر

حل المشاكل الاجتماعية واضطراب الشخصية والعنف

ماري ماكموران
جامعة نوتينجهام، المملكة المتحدة

حل المشاكل الاجتماعية "عملية معرفية وجدانية سلوكية موجهة ذاتيا، يحاول بها الفرد تحديد، أو اكتشاف، حلول لمشاكل معينة تواجهه فى الحياة اليومية" (16، ص 11). تثار **مشكلة** فى موقف حياتى وتكون الاستجابة مطلوبة ولا تتوفر استجابة، **وموقف** استجابة للتغلب على موقف معين ناتج عن عملية حل المشكلة (16).

فى الحياة اليومية مشاكل كثيرة متنوعة، والأكثر ارتباطًا بموضوع هذا الفصل هى المشاكل الشخصية، حيث تُعرَّف اضطرابات الشخصية بدرجة كبيرة بمشاكل الأداء الشخصى. إضافة إلى ذلك، قد يُعتبَر العنف نوعًا من حل المشاكل الشخصية، لكنه ليس فعالا طبقا لمعايير دزوريلا D'Zurilla ونيذو Nezu (16):

> بإشارة معينة إلى مشكلة شخصية، يكون الحل الفعال حلا يحل الصراع أو التشاحن، بتقديم نتيجة مقبولة، أو مُرْضية، لكل الأطراف. بتعبير آخر، يقلل الحل النتائج السلبية إلى أقصى درجة ويزيد النتائج الإيجابية إلى أقصى درجة للمتورطَيْن أو المتورطِين فى التشاحن. وقد تتضمن النتيجة اتفاقًا أو تسوية أو موافقة بعد مفاوضات تلبى اهتمامات كل الأطراف ورفاهيتهم (ص ١٤).

لا يدل العنف على احترام اهتمامات كل الأطراف ورفاهيتهم، ولا يدل على احترام القانون. فى هذا الفصل، تُستهَلُّ عملية معرفية وجدانية سلوكية لحل المشكلة حين تُفحَص مشكلة مثارة. ويتم تحديد أوجه هذه العملية التى تزيد خطورة العنف.

بمصطلحات عملية، تفيد نظرية حل المشاكل الاجتماعية وأبحاثها فى تطوير طرق للتدخل، بعلاج لحل المشاكل الاجتماعية يبرهن على فعاليته فى تحسين عدد من المشاكل (36). ويركز هذا الفصل على علاج العنف والمصابين باضطرابات الشخصية.

حل المشاكل الاجتماعية والأداء الاجتماعي

ببساطة، ربما يوصف نموذجُ أداءٍ اجتماعى يمثل حلَ مشاكلَ اجتماعيةٍ على النحو التالى: إن خصائص المزاج الفطرى نقطة البداية لسمات البالغين، وهى أنماط ثابتة للأداء الشخصى. والقدرة على حل المشاكل الاجتماعية وسيط مهم للعلاقة بين السمات والأداء الاجتماعى. قد يؤثر المزاج المبكر، بمستويات متنوعة من النشاط والانتباه والخوف، مباشرة على مهارات اكتساب حل المشاكل الاجتماعية، وبمرور الوقت يوجد أيضًا تفاعل متبادل بين الفرد وبيئته الاجتماعية. وهكذا، طوال الحياة تتأثر مهارات حل المشاكل الاجتماعية مباشرة بخصائص الفرد وخبرات التعلم المستمر.

يتكون حل المشاكل الاجتماعية من عدة قدرات متنوعة، يصفها دزوريلا ونيذو (16) فى ثلاثة مستويات. أولا، يتضمن **توجيه الاستجابات** القدرة على التعرف على مشكلة مثارة، وتنشيط المعتقدات بشأن قدرة المرء على حل المشاكل، والاستجابات الفعالة للموقف الإشكالى، وكفاءة المرء فى حل المشاكل. ثانياً، هناك **مهارات** معينة **لحل مشاكل** تتمثل فى تعريف المشكلة، ووضع الأهداف، ووضع عدد من الحلول المحتملة، وتدبر العواقب المحتملة لكل حل، وانتقاء الخيارات القابلة للتطبيق، وصياغة خطة توصل للهدف، وتنفيذ تلك الخطة، وتقييم التقدم باتجاه بلوغ الغاية. وحل المشاكل

الاجتماعية هو التطبيق الواقعى للقدرات المعرفية العالية لتجريد المعلومات المرتبطة بالموضوع، والاستنتاج، والتفكير المترابط، والتخطيط، والتنظيم الذاتى، وتُعرَف مجتمعةً باسم "الأداء المعرفى التنفيذى" (66). أخيراً، توجد **قدرات معرفية أساسية** جوهرية لحل المشاكل، مثل الإدراك والانتباه ومعالجة المعلومات والذاكرة. ويمكن إضافة القدرة اللغوية. وهذه القدرات الأساسية وحدات بناء الذكاء العام، لكن الذكاء وحل المشاكل ليسا مترابطين بقوة، على الأقل فى المستويات الأعلى من الأداء الفكرى (16). يظهر ذوو المعدلات العادية والأعلى من الذكاء تنوعًا هائلا فى الكفاءة الاجتماعية ولا يُفسَّر هذا بمعدلات ذكائهم. لم تجد الأبحاث مع الجناة ارتباطًا بين الذكاء وحل المشاكل الاجتماعية (5).

تؤثر الاختلافات الفردية على فعالية حل المشاكل الاجتماعية عمومًا، ويفحص هذا الفصل بعض هذه المتغيرات. بينما تؤثر عملية حل المشاكل الاجتماعية على نتائج حل المشاكل الاجتماعية، فإن للمتغيرات الخارجية تأثيرًا أيضًا. ورغم عدم التأكيد على السياق فى هذا الفصل، فلا يمكن فهم قدرات حل المشاكل الاجتماعية بمعزل عن السياق الذى يعيش فيه الشخص والمصادر المتوفرة له، وخصائص الآخرين المتورطين فى المشكلة الشخصية.

حل المشاكل الاجتماعية والعدوانية والعنف

اضطرابات التجسيد فى الطفولة، وتتميز بالسلوك المضطرب والعدوانية، مثل اضطراب السلوك واضطراب التحدى المعارِض واضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. وهذه الاضطرابات أكثر شيوعًا فى الأولاد، وترتبط فيما بعد باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ومشاكل إساءة استخدام المواد المحظورة (19 و21 و51). تبين أن لدى الأطفال المصابين باضطرابات التجسيد عيوبًا وانحرافات فى معالجة المعلومات الاجتماعية. ويُشفِّرون، مقارنة بالأطفال الأكفاء اجتماعيا، إشارات اجتماعية

أقل، ويركزون أكثر على الإشارات العدائية، ويحتمل أكثر أن ينسبوا النوايا العدائية للآخرين، ويولِّدوا حلولا أقل لحل المشاكل الاجتماعية، ويقوموا بخيارات سلوكية عدوانية أكثر، ويقيموا العدوانية بشكل أكثر إيجابية (انظر مراجعة ماتيس Matthys ولوتشمان Lochman (37)).

وترتبط القدرة اللفظية بمشاكل التجسيد، فمعدلات الذكاء اللفظى لدى الأولاد المصابين باضطرابات التجسيد أقل من معدلاتها لدى غير المصابين، ويرتبط هذا بشكل متواضع مع إنتاج الحلول العدوانية للمشاكل الاجتماعية (12). ووجد زده Zadeh وإم بولتر Im-Boulter وكوهين Cohen (65) أن الكفاءة اللغوية فى الأطفال الذين يعانون من مشاكل التجسيد تفسر العلاقة بين الكفاءة الاجتماعية ومشاكل التجسيد. وكما لاحظوا، يتطلب الحلُّ الجيد لمشكلة اجتماعية قدرةً على التواصل مع الآخرين.

فى الأولاد، يرتبط معدل الذكاء المنخفض بالجنوح، ويُفسَّر هذا بمعدل الذكاء اللفظى المنخفض، لا بمعدل الذكاء الأدائى (35). فى دراسة طولية لمجموعة من أولاد لندن وجد فرنجتون Farrington أيضًا أن معدل الذكاء اللفظى بين الثامنة والعاشرة من العمر مؤشر لاقتراف الجريمة باستمرار فى الحياة (19). وحدد وُنْج Wong وكُرْنيل Cornell (64) ارتفاعًا فى معدل انتشار (٢٥٪) الجناة الأحداث الذين لديهم نقصٌ نسبيًا فى معدل الذكاء اللفظى مقارنة بمعدل الذكاء الأدائى، ويرتبط هذا بانحراف وصف العداء. ووجد برات Barratt وآخرون (3) أنه لا يوجد اختلاف بين السجناء البالغين العدوانيين الاندفاعيين والعدوانيين غير الاندفاعيين فى الاندفاع، بل فى المهارات اللفظية.

كيف ترتبط العيوب اللفظية بالسلوك المضاد للمجتمع والعدوانية؟ يرى لنام Lynam وموفيت Moffitt وستوتهمر لويبر Stouthamer-Loeber (35) أن معدل الذكاء اللفظى مؤشر عام للأداء المعرفى التنفيذى، واختبروا هذه الفرضية بمساهمة الاندفاع

فى تفسير العلاقة بين معدل الذكاء اللفظى والجنوح. ورغم اتضاح أن الاندفاع مؤشر قوى للجنوح، لم يتم تفسير العلاقة بين انخفاض معدل الذكاء اللفظى والجنوح بالاندفاع. يوجد اقتراح بديل وهو أن العيوب اللفظية تقلل الكفاءة فى التعامل مع المواقف الإشكالية، مما يسبب إحباطًا يتم التعبير عنه بشكل عدوانى. ويتم التدريب على هذا المسار بشكل متكرر فى وقت مبكر من الحياة، فيصبح السلوك العدوانى استجابة مكتسبة راسخة للإحباط (3).

ومن المهم أنه يمكن تفسير العلاقة بين القدرات اللفظية والكفاءة الاجتماعية العدوانية أيضًا بالاختلافات بين الجنسين فى العنف والسلوك المضاد للمجتمع. يُلقِى بينيت Bennett وفرنجتون وهوزمان Huesmann (4) ، فى مراجعة لدور المهارات المعرفية الاجتماعية فى تفسير الاختلافات بين الجنسين فى الجريمة والعنف، الضوءَ على اختلافات النوع فى نضج الشق الأيسر من الدماغ، الشق المسئول عن المهارات اللغوية. ينضج الشق الأيسر بسرعة أكبر فى الإناث مقارنة بالذكور، وتطور الفتيات المهارات اللغوية بشكل أسرع، ويؤدى الذكور بشكل أقل فى اختبار القدرة اللفظية. وربما يمنح هذا مزية مبكرة للإناث فى التعامل مع بيئتهن الاجتماعية، مما يؤدى إلى تطور مهارات معالجة المعلومات بشكل أفضل واجتماعى أكثر.

تدعم دراسة أجراها يافى Jaffee ودزوريلا D'Zurilla (29) فكرة اكتساب قدرات حل المشاكل الاجتماعية. إذا كانت مهارات حل المشاكل الاجتماعية مكتسبة، فمن المتوقع أن تكون هذه المهارات لدى المراهقين أسوأ مما لدى آبائهم، لنقص خبرة المراهقين. ودعمت الدراسة التى أجرياها هذه الفرضية. إضافة إلى ذلك، فى هؤلاء المراهقين، ارتبط الحل المختل وظيفيا للمشاكل الاجتماعية بالعدوانية والجنوح، مع ارتباط العدوانية خاصة بمعدلات مرتفعة على "مقاييس الاختبار المعدل لحل المشاكل الاجتماعية" Social Problem Solving Inventory-Revised (17) للتوجيه السلبى للمشاكل وأسلوب التجنب، وأوصى المؤلفون بالتدريب على مهارات حل المشاكل الاجتماعية للوقاية من المشاكل السلوكية عند المراهقين، مع التركيز على ألا يكون التدريب بالضرورة للمراهق وحده بل بالاشتراك مع الوالدين.

توجد أربع نتائج عملية للأبحاث فى العيوب اللفظية وحل المشاكل الاجتماعية والعدوانية. أولا، التدخل المبكر لحل المشاكل الاجتماعية ضرورى ليتمكن الصغار من تعلم التعامل بفاعلية مع المشاكل الشخصية، ويتجنبوا تكرار أحداث الإحباط والعدوانية. ثانيًا، يمكن أن يركز التدخل بشكل مفيد على مهارات الآباء وأيضًا حل المشاكل المشتركة بين الطفل ووالديه. ثالثًا، ينبغى أن يتم هذا التدخل، الذى يعتمد على اللغة بكثافة، والعيوب اللفظية للمتلقين فى الذهن. أخيرًا، ينبغى أن يكون تحسين المهارات اللفظية ومهارات الاتصال من مكونات التدخل.

حل المشاكل الاجتماعية والشخصية والعدوانية

فى السلوك المضاد للمجتمع والعدوانية يوجد مجالان للشخصية مرتبطان بدرجة عالية، وهما الاندفاع وسمات التحجر غير الانفعالى. ونركز عليهما هنا.

الاندفاع:

يلاحظ إنتيكوت Enticott وأوجلوف Ogloff (18) وجود تعبيرات سلوكية كثيرة للاندفاع، ويقدمان تعريفًا للسلوك الاندفاعى: "يعتبر الاندفاع سلوكًا سريعًا، تلقائيا، سيئ التخطيط، مفرطًا، وغير ملائم" (ص ٤). والعدوانية والعنف نوع من التعبير السلوكى عن الاندفاع. وهناك عدة آليات مسببة، وتشيع ثلاثة نماذج للاندفاع: (1) العجز عن كبح استجابة، أى قلة الحساسية للعواقب السلبية للسلوك؛ (2) تفضيل مكافآت صغيرة فورية على مكافآت كبيرة مؤجلة؛ (3) القيام باستجابات مبتسرة قبل استكمال معالجة المعلومات (50). وآخر هذه الثلاثة مهم هنا.

يصف إنتيكوت وأوجلوف (18) العملية الأساسية بأنها "تصرف سريع دون تدبر" أو "عدم التروى". وتكون العمليات المعرفية التنفيذية، فى موقف إشكالى، ضعيفة أو

ناقصة. وتساعد هذه العمليات الشخص على الانتباه إلى الإشارات المناسبة، واستيعاب المعلومات المناسبة، وتحديد الأفعال الممكنة، وتوقع العواقب، ووضع خطة عمل للوصول للهدف، وتنفيذ هذه الخطة؛ خطة تزيد احتمالية النتائج الإيجابية وتقلل احتمالية النتائج السلبية إلى أقصى حد.

وجد هواكن Hoaken وشوهنسي Shaughnessy وفيهل Pihl (25) ، وهم يختبرون فرضية أن من يتسمون بضعف الأداء المعرفي التنفيذي أقل قدرة على كبح السلوك، بما في ذلك العدوانية، أدلة على عيوب حل المشاكل الاجتماعية. أجروا دراسة معملية للأداء المعرفي التنفيذي والعدوانية باستخدام نموذج "مهمة زمن التفاعل التنافسي" حيث تقاس العدوانية بشدة الصدمة الكهربية التي توجه لخصم غير مرئي (خصم مختلق) ومستوى الإثارة الناشئة عن شدة صدمة كهربية يستقبلها شخص اختباري يفترض أن "الخصم" يختاره. وجد هواكن وشوهنسي وفيهل (25) أن المشاركين ذوي الأداء المعرفي التنفيذي المنخفض استجابوا للإثارة بشكل أكثر عدوانية من ذوي الأداء المرتفع، وبرز هذا التأثير في الرجال أكثر من النساء. ومقارنة بذوي الأداء المعرفي التنفيذي المرتفع، لم يرتكب ذوو الأداء المنخفض أخطاء أكثر بشكل دال في إنجاز مهمة "اذهب/ لا تذهب" (أي حين يُطلَب من المشارك كبح الاستجابة لتنبيه كان مصحوباً من قبل بمكافأة). واستغرقوا، رغم ذلك، وقتاً أطول بشكل دال لاختيار شدة الصدمة التي وجهوها لخصومهم. ورأى هواكن وشوهنسي وفيهل (25) أن هذه النتائج تشير إلى أهمية المكوِّن الاجتماعي: يتخذ ذوو الأداء المعرفي التنفيذي المنخفض قرارات اجتماعية غير مناسبة لأنهم عدوانيون، ويتخذون هذه القرارات ببطء. وهم أكثر عدوانية لأنهم عاجزون عن التعامل مع عدد من خيارات الاستجابة، ويفشلون في التوصل إلى استجابات مناسبة اجتماعيا، ويقومون باستجابات عدوانية فاشلة حين يُستثارون. أي إن ذوي الأداء المعرفي المنخفض ضعاف في حل المشاكل الاجتماعية. ويتفق هذا مع أدلة من دراسة لنام Lynam وموفيت وستوتهمر-لوبير (35)، وسبق الاستشهاد بها.

فى بحثنا المسحى للطلبة، أوضحنا أن الاندفاع، مقيسًا بمقياس برات للاندفاع Barratt Impulsiveness Scale (53) يتنبأ بالعدوانية مقيسة باستبيان العدوانية لبوس وبيرى Buss-Perry Aggression Questionnaire (8). ورغم ذلك، وبإدخال حل المشاكل الاجتماعية فى التحليل، مقيسة بالاختبار المعدل لحل المشاكل الاجتماعية (17)، تختفى هذه العلاقة، تاركة حل المشاكل الاجتماعية باعتباره مؤشرًا للعدوانية (42 و 55). أى إن العلاقة بين الاندفاع والعدوانية تتوسط فيها مهارات حل المشاكل الاجتماعية.

سمات التحجر غير الانفعالي:

رغم أن المرء قد يتوقع أن سمات التحجر غير الانفعالى تؤثر بشكل غير ملائم على حل المشاكل الاجتماعية، فقد لا يكون الحال كذلك. درس وتشبوتش Waschbusch وآخرون (63) أطفالا يعانون من مشاكل التجسيد وأطفالا لا يعانون منها، لاختبار تأثير تفاعل المشاكل السلوكية وسمات التحجر غير الانفعالى على حل المشاكل الاجتماعية. وكان من المتوقع أن يرتبط تفاقم المشاكل السلوكية بحل أضعف للمشاكل الاجتماعية، وتكون هذه العلاقة أقوى فيمن يتسمون بارتفاع سمات التحجر غير الانفعالى. وجاءت النتائج عكس للمتوقع: كانت العلاقة بين تفاقم المشاكل السلوكية وضعف حل المشاكل الاجتماعية أقوى فيمن يتسمون **بانخفاض** سمات التحجر غير الانفعالى. ويرى المؤلفون أن ضعف حل المشاكل الاجتماعية قد يرتبط بانضباط قاسٍ فى الطفولة لا بعيوب فى معالجة الانفعال.

ويدعم هذه الفرضية بحث أجراه دودج Dodge وآخرون (14)، وقد وجدوا أن الأذى الجسدى فى الطفولة المبكرة يرتبط بزيادة خطر المشاكل السلوكية بعد ذلك. وكانت الآليات المقترحة لتفسير هذا الارتباط أن الطفل يصبح أكثر يقظة بشكل دفاعى للإشارات العدائية، وينسب بسهولة النوايا العدائية للآخرين، ويكتسب ذخيرة

استجابات عدائية يسهل الوصول إليها إلى حد بعيد. وتوحى أدلة حديثة بأنه بالوصول إلى بداية المراهقة تكون استعادة خيارات الاستجابة العدوانية من الذاكرة، من بين كل هذه العمليات، المؤشر الأقوى للسلوك المضاد للمجتمع (34).

تقترح هذه النتائج أن ضعف حل المشاكل الاجتماعية والعدوانية قد يرتبطان من خلال شدة رد الفعل الانفعالى، وهو ما يميز السيكوباتية الثانوية، لا السيكوباتية الأولية (انظر بلاكبرن، الفصل السادس) أو النوع القلق من اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (دى بريتو وهودجنز، الفصل السابع). وفى أبحاثنا مع الجناة المضطربين ذهنيا، باستخدام اختبار العوامل الخمسة–نيو NEO-Five Factor Invento-ry (11)، تبين أن العصابية تتنبأ بضعف حل المشاكل الاجتماعية (44 و 45).

حل المشاكل الاجتماعية واضطراب الشخصية والعدوانية

فى بحثنا باستخدام الاختبار المعدل لحل المشاكل الاجتماعية (17)، درسنا المصابين، وغير المصابين، باضطراب الشخصية. ويتضمن الاختبار المعدل لحل المشاكل الاجتماعية خمسة مقاييس. اثنان يقيسان توجيه المشاكل– التوجيه الإيجابى للمشاكل، والتوجيه السلبى للمشاكل. التوجيه الإيجابى للمشاكل مجموعة معرفية تعتبر فيها المشاكلُ تحدياً، ويوجد تفاؤل بالعثور على حلول، وتعهد بجهد مخلص للوصول إلى حل ناجح. والتوجيه السلبى للمشاكل مجموعة معرفية انفعالية تُعتبَر المشاكلُ فيها تهديداً، وتنخفض الكفاءة الذاتية المُدرَكة فى حل المشاكل، وتسبب المشاكل مشاعر القلق والإحباط. وتقيس المقاييس الثلاثة الأخرى أسلوب حل المشاكل– الحل المنطقى للمشاكل، والأسلوب الاندفاعى المهمِل، وأسلوب التجنب. ويمكن أيضًا حساب المعدل الكلى لحل المشاكل الاجتماعية. يتحدد المعدل الجيد لحل المشاكل الاجتماعية بمعدلات

أعلى على التوجيه الإيجابى للمشاكل والحل المنطقى للمشاكل والمعدل الكلى لحل المشاكل الاجتماعية، ومعدلات أقل على التوجيه السلبى للمشاكل والأسلوب الاندفاعى المهمل وأسلوب التجنب. ونقدم فى الجدول "١٤، ١" متوسط معدلات القياس والانحرافات المعيارية لذكور مصابين باضطراب الشخصية ومساجين وطلاب الناضجين. وتوضح هذه البيانات أن عينات المصابين باضطرابات الشخصية يحققون معدلات منخفضة على الاختبار المعدل لحل المشاكل الاجتماعية.

لتحقيق أهداف هذا الفصل نركز على اضطرابين محددين من اضطرابات الشخصية، يمثل الاندفاع والعدوانية خاصيتين مميزتين لهما: الشخصية المضادة للمجتمع والشخصية الحدية. وكما رأينا، إن ضعف حل المشاكل الاجتماعية يتوسط بين الاندفاع والعدوانية، وهكذا علينا أن نفحص حل المشاكل الاجتماعية فى هذين الاضطرابين من اضطرابات الشخصية.

فى تطور اضطرابات الشخصية فى البالغين، يوجد تفاعل العوامل الجينية والخبرات السيئة فى الطفولة؛ أى إن الخصائص أو الميول الأساسية يتم التعبير عنها باعتبارها طرقا للتكيف أو سمات مميزة خلال تأثير خبرات حياة الفرد (38). وتعنى وراثة الاندفاع (2) أن الطفل الذى يتسم بدرجة عالية من الاندفاع قد يكون والداه مندفعين، مما يزيد فرصة الخبرات السيئة فى الطفولة. وتؤثر هذه الخبرات السيئة على تطور مهارات حل المشاكل الاجتماعية.

الجدول ١٤، ١ متوسط المعدلات والانحرافات المعيارية على الاختبار المعدل لحل المشاكل الاجتماعية بالنسبة لعينة من الذكور فى المملكة المتحدة

الاختبار المعدل لحل المشاكل الاجتماعية	جناة مضطربو الشخصية (ع = ٧٢)[a]	بالغون مضطربو الشخصية فى المجتمع (ع = ٨٠)[b]	سجناء حساسون فى موضع معين (ع = ٦٨)[c]	سجناء فى موضع طبيعى (ع = ٤٧)[c]	طلبة ناضجون (ع = ٧٠)[d]
توجيه إيجابى للمشكلة	٢٩.٩ (٦٣.٤)	٣٦.٦ (٣٨.٤)	٣٠.١٠ (٤٣.٥)	٢٦.١٢ (٠٣.٥)	٨٢.١٢ (١٤.٤)
توجيه سلبى للمشكلة	٣٣.٢٢ (٦٥.٨)	٣٥.٢٥ (٣٤.٨)	٤٨.٢٣ (٠٧.١١)	٣٣.١٥ (٢٢.١٢)	٩٥.١٠ (٧٩.٦)
حل عقلانى للمشكلة	١٩.٢٩ (٠٨.١٨)	٢٠.٢٤ (٥٣.١٧)	٤٣.٣٨ (٢٣.٢٠)	٤٩.٣٧ (١٧.١٧)	٧٨.٤٤ (٦٠.١٢)
أسلوب اندفاعى/ غير مبالٍ	٣٢.٢٣ (٨٨.٨)	٦٤.١٩ (٠٠.٩)	٦٥.٢١ (٤٤.١٠)	٠٣.١٥ (٠٣.١٠)	٩٧.١٠ (٨٤.٥)
أسلوب تجنبى	٢٥.١٥ (٤٨.٦)	٥٦.١٤ (٣١.٦)	٧٣.١٤ (٢٧.٧)	٤٥.١٠ (٦٢.٧)	٢٥.٨ (٤٢.٥)
حل المشاكل الاجتماعية	٥٢.٨ (٥٧.٣)	٩٢.٧ (٤١.٣)	٣٦.٩ (٨٣.٣)	٧٨.١١ (١١.٤)	٢٩.١٣ (٥١.٢)

[a] بيانات غير منشورة من وحدة علاج اضطرابات الشخصية، أرنولد لودج، ليسيستر.

[b] بيانات غير منشورة من عينة هويند Huband وآخرين (٢٠٠٧). [c] بيانات من (23).

[d] بيانات من (42).

اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع:

على مدى العمر، خاصة فى ظل ظروف انضباط أبوى ضعيف وعقاب قاسٍ، قد يؤدى الاندفاع إلى فشل فى تعلم مهارات التنظيم الذاتى، وتطور ضعيف لمهارات حل المشاكل الاجتماعية، واكتساب العدوانية فى مواجهة المشاكل، واستخدام الخمور والعقاقير، وتطور قيم تدعم السلوك المضاد للمجتمع. وتصف هذه الكوكبة من المشاكل اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع. وهذا الاضطراب تشخيص أكثر شيوعًا بشكل لافت فى الرجال: فى عموم سكان المملكة المتحدة، يعانى منه ١٪ من الرجال، ٢.٠٪ من النساء (10)، وبين المساجين يعانى منه ٤٧٪ من الرجال، ٢١٪ من النساء (20). وحيث إن من يعانون من هذه المشاكل يصبحون آباء، يستمر نقل العائلة للمشاكل.

فى دراسة للتحليل العاملى لمعدلات البنود فى "الفحص الدولى لاضطرابات الشخصية" International Personality Disorder Examination (32) من ٢٢٤ من المصابين باضطرابات الشخصية، وُجِدتْ ثلاثة عوامل، كان عامل الشخصية المضادة للمجتمع واحدًا منها (27). وساهمت فى هذا العامل بنود مضادة للمجتمع وهستيرية ونرجسية وارتيابية وحدية. من كل مقاييس الاختبار المعدل لحل المشاكل الاجتماعية، تنبأ فقط أسلوب الاندفاع المهمل إيجابيا بهذا العامل (هوبند N. Huband، اتصال شخصى، ٣١ يوليو ٢٠٠٧). ومع ذلك، فى عينتنا المكونة من ١٧٣ من الرجال والنساء، حيث ترتبط معظم اضطرابات الشخصية بعيوب حل المشاكل الاجتماعية، مقيسة بالاختبار المعدل لحل المشاكل الاجتماعية، لم يكن اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع من بينها (43). وتتفق هذه النتيجة غير المتوقعة مع بحث أجراه هيريك Herrick وإليوت Elliott (24)، اللذان وجدا ارتباطًا بين عيوب حل المشاكل الاجتماعية والمجموعة "أ" والمجموعة "ج" من اضطرابات الشخصية وليس مع المجموعة "ب"، وهى المجموعة التى يقع ضمنها اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع. اقترح هيريك وإليوت (24) أن المستجيبين فى المجموعة "ب" ربما بالغوا فى تقدير قدراتهم فى حل المشاكل الاجتماعية.

يمثل تقييم مهارات حل المشاكل الاجتماعية فيمن ربما لا يوجد لديهم إدراك ذاتى كافٍ للاعتراف بقوتهم وضعفهم، أو فيمن يأملون فى كتمان المشاكل، قضية عامة تحتاج إلى الطرح. وربما نأمل فى تفسير معلومات التقرير الذاتى فى ضوء أدلة أخرى. وحيث إن العدوانية الاندفاعية علامة مميزة لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، كما شرحنا من قبل، ومن المعروف أن عيوب حل المشاكل الاجتماعية تتوسط العلاقة بين الاندفاع والعدوانية، يبدو من المناسب أن نستنتج أن عيوب حل المشاكل الاجتماعية موجودة، لكن مقاييس التقرير الذاتى لا تلتقطها فى المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع. تعتمد المهارات المطلوبة لحل المشاكل الاجتماعية على طرق الأداء المعرفى التنفيذى، والجناة العنيفون والرجال المصابون بهذا الاضطراب أداؤهم المعرفى التنفيذى أضعف من الجناة غير العنيفين ومن غير الجناة (22 و 24). ببساطة تامة، نتيجة لعيوب المصابين بهذا الاضطراب، قد يعجزون عن التعرف على طريقة يحلون بها المشاكل، أو الإفصاح عنها، وبالتالى لا تتحدد هذه العيوب بمقاييس التقرير الذاتى. بالطبع، ربما يزيف المصابون بهذا الاضطراب، لأسباب متنوعة، ببراعة فى اختبارات حل المشاكل الاجتماعية المعتمدة على التقرير الذاتى. إن تطور المقاييس التى تعتمد بشكل أقل على التقرير الذاتى، وتقيس عوضًا عن ذلك العمليات الضمنية، مجال خصبة للبحث.

ثمة تفسير بديل وهو أن المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع لديهم، بالفعل، قدرات طيبة على حل المشاكل الاجتماعية يعجزون عن تطبيقها فى ظل ظروف معينة. فى مواقف تتضمن تهديدًا واضحًا وبالتالى استثارة فسيولوجية مرتفعة، يمكن أن تختل قدرات حل المشاكل الاجتماعية. وإذا وضعنا فى الاعتبار تأثير الخبرات القاسية فى الطفولة، فقد يكون إدراك التهديد والاستثارة الفسيولوجية مرتفعين فى هذه المجموعة. إضافة إلى ذلك، من المحتمل أن يتفاقم تأثير التهديد فى حالة تناول الكحول وبعض العقاقير المحظورة (انظر (41)).

تندر طرق العلاج الاجتماعى النفسى الخاصة باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، وربما يركز العلاج على إساءة استعمال المواد المحظورة، وهو اضطراب متزامن بشكل شائع (15). ومع ذلك، حيث إن اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع شائع بين الجناة (20)، فمن الممكن استنتاج أن ما يصلح للجناة عموماً يحتمل أن يصلح للجناة المصابين بهذا الاضطراب. تركز بعض أكثر وسائل التدخل نجاحاً بالنسبة للجناة بقوة على مهارات حل المشاكل الاجتماعية، كما نرى فى القسم التالى.

اضطراب الشخصية الحدية:

تتمثل الخصائص الرئيسية لاضطراب الشخصية الحدية فى مشاكل تنظيم الوجدان، وضبط الدوافع، والعلاقات الشخصية الحميمة، وصورة الذات، مع ارتفاع معدل الموت نتيجة الانتحار (30). وهذا الاضطراب أكثر شيوعا فى النساء من الرجال (النسبة ٧٠ : ٣٠)، على عكس اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع. وتتمثل السوابق الاجتماعية لهذا الاضطراب فى صعوبات الارتباط، نتيجة لبيئة اجتماعية غير صالحة، أو الإهمال، أو حتى الإساءة (30 و 31).

تركز معظم دراسات حل المشاكل الاجتماعية فى اضطراب الشخصية الحدية على الانتحار وأذى النفس، اللذين يتداخلان بشكل كبير مع هذا الاضطراب، لكنهما لا يتساويان معه تماما. وترتبط اضطرابات أخرى فى الطب النفسى بالانتحار وأذى النفس. وإضافة إلى ذلك، يحتمل أن يكون الانتحار والسلوك المؤذى للنفس دليلا على أزمة عاطفية، تعوق مؤقتا حل المشاكل الاجتماعية. أثار براى Bray وباروكلف Barrow-clough ولوبان Lobban (7) بعض هذا التفنيد بمقارنة المشخصين باضطراب الشخصية الحدية بمجموعة من المرضى المصابين باضطراب المحور الأول، ومجموعة ممن لا يعانون من أى مشاكل فى الصحة الذهنية. ووجدوا أن مجموعة اضطراب الشخصية الحدية والمجموعة الإكلينيكية الضابطة كانتا أضعف عموماً فى حل المشاكل

الاجتماعية من المجموعة الضابطة غير الإكلينيكية، وأوضحت مجموعة اضطراب الشخصية الحدية عيوباً معينة مقارنة بالمجموعة الضابطة الإكلينيكية من حيث إنهم أنتجوا حلولا أقل خصوصية للمشاكل على اختبار الحل النهائى للمشاكل Means-End Problem-Solving (54) ، ومعدلات أعلى على التوجيه السلبى للمشاكل والأسلوب الاندفاعى المهمل وحل المشاكل الاجتماعية على الاختبار المعدل لحل المشاكل الشخصية.

فى دراستنا لحل المشاكل الاجتماعية واضطرابات الشخصية، وجدنا أن اضطراب الشخصية الحدية يتنبأ بمستويات مرتفعة على الأسلوب الاندفاعى المهمل، ومنخفضة على أسلوب التجنب (43). يحدد مقياس الأسلوب الاندفاعى المهمل محاولات حل المشاكل المتسرعة والمبتسرة، حيث يوجد فشل منتظم فى التفكير فى مجال من البدائل وتقدير العواقب. ويحدد أسلوبُ التجنبِ التسويفَ والسلبية والتراخى، وهى خصائص لا ترتبط باضطراب الشخصية الحدية.

ومن المكونات الأساسية للعلاج السلوكى الجدلى (31)، وهو أفضل علاج اجتماعى نفسى مقيِّم للمصابين باضطراب الشخصية الحدية (6)، تعلم مهارات حل المشاكل الاجتماعية.

العلاج

عولج السلوك العدوانى فى الأطفال والمراهقين بنجاح من خلال برامج تدريب المهارات المعرفية الاجتماعية (انظر (33)؛ (37)). فى تحليل جمعى لطرق التدخل السلوكى المعرفى الذى يركز على الأطفال بالنسبة للغضب والعدوانية الغاضبة، لوحظ أن طرق تدخل حل المشاكل الاجتماعية تقلل العدوانية أيضاً بنجاح بحجم تأثير متوسط[١] medium

(١) يحسب d حجم تأثير كوهين Cohen's *d* effect size بقسمة الفرق بين المتوسط قبل التدخل والمتوسط بعد التدخل على الجذر التربيعى للانحرافات المعيارية المشتركة. وطبقا للعرف يعتبر حجم التأثير ٠.٢٠ صغيرا، وحجم التأثير ٠.٥٠ متوسطا، وحجم التأثير ٠.٨٠ كبيراً (المؤلف).

effect size (d = ٠,٧٥) ، وكانت البرامج متعددة النماذج، التي تتضمن أيضًا تدريب المهارات السلوكية، أكثر تأثيرًا (d = ٠,٧٥)(60). ومن المهم أن طرق تدخل حل المشاكل الاجتماعية كانت عموما الأكثر تأثيرًا، مقارنة بتطور المهارات وتدريب ضبط الوجدان والبرامج متعددة النماذج، في تقليل خبرة الغضب (d = ١,٠٥).

في نظام القضاء الجنائي، تسود العلاجَ برامجُ معرفية سلوكية منظمة، مؤسسة على أدلة صحيحة بأنها تصلح للجناة لتقليل الانتكاسة (40). ومن بينها برامج المهارات المعرفية العامة، ومنها يستخدم "المنطق والتأهيل" Reasoning and Rehabili-tation (56) و"مهارات تعزيز التفكير" Enhanced Thinking Skills (9) أكثر من غيرها. وفي هذين البرنامجين مكونات عن حل المشاكل الشخصية. أشار تحليل جمعي حديث لتقييمات منضبطة لهذه البرامج إلى انخفاض الانتكاسة، عموما، خلال سنة بنسبة ١٤٪ في المشاركين في البرنامج مقارنة بالمجموعة الضابطة (61). ثمة برنامج مختلف يوجه بشكل خاص لحل المشاكل الاجتماعية للجناة هو "فكِّرْ أولا" Think First (39). وفي تقييم النتائج، تبين أن هذا البرنامج أكثر تأثيرا في خفض الانتكاسة من برامج تدريب المهارات المعرفية العامة (26).

ثمة مقاربة أقل تنظيماً، وعلاجية أكثر، لتطوير مهارات حل المشاكل الاجتماعية، تالية لعمل دزوريلا D'Zurilla ونيزو Nezu 1)(٦)، وهي مقاربة "**توقف وفكر** Stop & Think!" ويمكن وصف الإجراء في سبع خطوات منفصلة:

١ . **توجيه المشكلة:** التعرف على الانفعالات السلبية واعتبارها مفتاحًا لاستهلال عملية حل المشكلة. ويتطلب الأمر الانتباه إلى توجيه المشكلة: المشاكل جزء عادي من الحياة وينتج الحل النشط والنظامي للمشكلة أفضل الفرص لحل فعال.

٢ . **تحديد المشكلة:** القدرة على تحديد المشكلة بوضوح ودقة.

٣ . **تحديد الهدف:** تحديد النتيجة المرغوبة.

٤ . **توليد بدائل:** توليد خلاق لعدد من الطرق المحتملة لتحقيق الهدف.

٥ . **اتخاذ القرار:** انتقاء أفضل الخيارات بعد فحص العواقب الإيجابية والسلبية المحتملة فى كل حل ممكن للذات وللآخرين. وينبغى بعد ذلك ترتيبها فى سلسلة منطقية لوضع خطة لتحقيق الهدف.

٦ . **الفعل:** تنفيذ خطة العمل عبر الزمن.

٧ . **التقييم:** مراجعة نجاح خطة العمل، أو ما سوى ذلك، سواء فى تقدمه أو فى نتيجته.

فى "**توقف وفكر!**" تُترجَم هذه الخطوات إلى ستة أسئلة أساسية توجه عملية حل المشكلة فى الممارسة الإكلينيكية: مشاعر سيئة؟ ما مشكلتى؟ ماذا أريد؟ ما خياراتى؟ ما خطتى؟ ماذا أنا فاعل؟ توجه هذه الأسئلة الستة الأساسية جلسات "**توقف وفكر!**" مع التركيز على الاهتمامات الحالية للمشارك، ولا يكون الهدف حل المشاكل الحالية فقط بل تعليم الناس استراتيجية حل المشاكل.

ثمة دراسة تمهيدية لتدخل قصير لمقاربة "**توقف وفكر!**" مع تسعة مرضى من الذكور (ستة بعلة ذهنية، وثلاثة باضطراب فى الشخصية) فى وحدة إقليمية خاضعة لإجراءات أمنية فى المملكة المتحدة للجناة المضطربين ذهنيا أدت إلى تحسن فى معدلات المرضى فى حل المشاكل الاجتماعية فى الاختبار المعدل لحل المشاكل الاجتماعية، وانخفاضاً فى الأسلوب الاندفاعى المهمل والتوجيه السلبى للمشاكل (46). وفُحِصت بعد ذلك فاعلية "**توقف وفكر!**" أكثر مع الجناة مضطربى الشخصية (ع = ١٤) فى الوحدة الخاضعة لإجراءات أمنية، مع دليل على تغير إيجابى على كل مقاييس الاختبار المعدل لحل المشاكل باستثناء التوجيه الإيجابى للمشاكل بعد ثلاثة أشهر من العلاج (47). وكشفت أيضًا مقاربة "**توقف وفكر!**" عن تأثير إيجابى مع المساجين الحساسين، وخاصة فى تقليل التوجيه السلبى للمشاكل وأسلوب التجنب، وتحسين حل المشاكل الاجتماعية عموماً (23).

فى فترة أحدث، فحصت محاولة عشوائية منضبطة تأثير اتحاد من "توقف وفكر!" والتعليم النفسى، وهو مكوِّن فردى تتم فيه مناقشة طبيعة اضطراب الشخصية عند المريض مع المشاكل الناجمة عنه (28). كان المشاركون ١٧٦ من الرجال والنساء المقيمين فى المجتمع من المصابين باضطرابات الشخصية فى عدة مواضع فى إيست ميدلاندز East Midlands فى إنجلترا، وضعوا بشكل عشوائى فى أحد العلاجين، أو فى قائمة انتظار باعتبارهم مجموعة ضابطة. تلقت المجموعة التى خضعت للعلاج، فى المتوسط، تسع جلسات علاج جماعى، ثم ثلاث جلسات علاج فردى، وأظهروا تحسنا أكبر بشكل دال على مقاييس الاختبار المعدل لحل المشاكل الاجتماعية، فى "استبيان الأداء الاجتماعى" Social Functioning Questionnaire (62)، الذى يقيس الأداء فى مجالات البيت والعمل والراحة والعلاقات، وفى تعبير الغضب مقيسًا بـ"اختبار الحالة والسمة فى تعبير الغضب" State-Trait Anger Expression Inventory (59). للتحسن فى الأداء الاجتماعى أهمية أساسية، حيث تم تحديده إمبريقيا فى عدة دراسات باعتباره مكوِّنًا مكملا لاضطراب الشخصية (52 و57 و58). ومن ثم يكون تحسين الأداء الاجتماعى وجهًا مهمًا لعلاج اضطراب الشخصية فى حد ذاته. أوضح تحليل آخر أن المؤشر الأفضل للتحسن، بعد ضبط الأداء الاجتماعى الأساسى، كان التغير الإيجابى فى التوجيه السلبى للمشاكل (48).

باختصار، إن **"توقف وفكر!"** تدخل يبدو أنه يؤثر بشكل جيد مع الجناة، والجناة المصابين باضطرابات الشخصية، وغير الجناة المصابين باضطرابات الشخصية. إضافة إلى ذلك، يعتبره متلقوه تدخلا مقبولا (49). ورغم ذلك، كانت معظم مقاييس النتائج حتى الآن تحسن بالتقرير الذاتى، ويحتاج الأمر إلى إجراء التقييمات بمقاييس للنتائج أكثر قوة.

الخلاصة

تقدم الأبحاث التى تم تلخيصها هنا أدلة تدعم التوجه إلى العيوب فى عملية حل المشاكل الاجتماعية باعتبارها وسيلة لخفض العدوانية والعنف. ولتطوير هذا العمل، تتطلب عدة قضايا المزيد من الاهتمام.

أولا، يحتاج محتوى علاجات حل المشاكل الاجتماعية إلى الاهتمام باحتياجات العدوانيين، أو العنيفين، بشكل اندفاعى. ويحتمل أن تكون مشكلتهم الأساسية التوجيه السلبى للمشاكل، وهى مجموعة معرفية انفعالية تُعتبَر فيها المشاكل تهديداً، وتكون الكفاءة الذاتية المدركة لحل المشاكل منخفضة، وتسبب المشاكل مشاعر القلق والإحباط. فى علاج حل المشاكل فيمن يعانون من العدوانية والمشاكل السلوكية المضادة للمجتمع، من المهم السعى إلى خفض مشاعر التهديد والإحباط وتعزيز الكفاءة الذاتية. يتسم كثير من الجناة بِسِمَتَى القلق والعصابية، مما يجعل مهارات تنظيم الوجدان مكوِّنًا مهمًا من مكونات العلاج. ويحتمل أن يحتاج من يتسمون بمجموعات مختلفة من سمات الشخصية واضطرابات الشخصية إلى التأكيد على أوجه مختلفة فى العملية.

ثانيًا، فى تصميم العلاج وتنفيذه، يجب وضع الخصائص الفردية المرتبطة بعيوب حل المشاكل الاجتماعية والعدوانية فى الاعتبار. من المحتمل أن يكون الذين يتطلبون العلاج من ذوى القدرات اللفظية المنخفضة، ورغم هذا تتطلب معظم برامج علاج الجناة مهارات لفظية عالية، وتفكيراً تجريديا، وإتمام قدر كبير من الأعمال الكتابية (13). إضافة إلى ذلك، بينما يكون تدريب المهارات المعرفية فعال، يحسن تضمين ممارسة المهارات نتيجة العلاج فى خفض العدوانية (60).

ثالثًا، يتطلب الأمر وسائل إضافية لتقييم عمليات حل المشاكل الاجتماعية عند الفرد. قد يكون لدى بعض الناس صعوبات فى التعرف على العملية التى يستخدمونها لحل المشاكل فتكون قائمة التقرير الذاتى غير كافية. إضافة إلى ذلك، قد يوجد اختلاف فى حل المشاكل اعتماداً على نوع المشكلة التى تحتاج إلى حل. وقد تكون اليوميات المعاصرة وسيلة إضافية مفيدة (2). وبالنسبة لمن يميلون إلى الصراحة بشأن قدراتهم، يتطلب الأمر تطوير مقاييس ضمنية لحل المشكلة الاجتماعية.

أخيرا، ينبغى الانتباه إلى حافز الجناة لاستخدام استراتيجيات أكثر تأثيراً لحل المشاكل الاجتماعية من خلال تطوير القيم الاجتماعية وتحديد أهداف قيمة فى الحياة تجعل الأمر جديراً ببذل الجهد.

المراجع

1. Baker, S.R. (2006) Towards an idiopathic understanding of the role of social problem solving in daily event, mood and health experiences: a prospective daily diary approach. British Journal of health Psychology, 11, 513-31.

2. Baker, L.A., Bezdjian, S. and Raine, A. (2006) Behavioral genetics: the science of antisocial behavior. Law and Contemporary Problems, 69, 7-46.

3. Barratt, E.S., Stanford, M.S., Kent, T.A. and Felthous, A. (1997) Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. Biological Psychiatry, 41, 1045-61.

4. Bennett, S., Farrington, D.P. and Huesmann, L.R. (2005) Explaining gender differences in crime and violence: the importance of social cognitive skills. Aggressive and Violent Behavior, 10, 263-88.

5. Biggam, F. and Power, K. (1999) Suicidality and the state-trait debate on problem-solving deficits: a re-examination with incarcerated young offenders. Archives of Suicide Research, 5, 27-42.

6. Binks, C.A. Fenton, M., McCarthy, L. et al. (2006) Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database of Psychiatric Review, (1), CD005652. DOI: 10.1002/ 14651858.CD005652.

7. Bray, S., Barrowclough, C. and Lobban, F. (2007) The social problem solving abilities of people with borderline personality disorder. Behaviour Research and Therapy, 45, 1409-17.

8. Buss, A.H. and Perry, M. (1992) The Aggression Questionnaire. Journal of Personality and Social Psychology, 63, 452-9.

9. Clark, D. (2000) Theory Manual for Enhanced Thinking Skills, Home Office Prison and Probation Services, London.

10. Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., et al. (2006b) Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain, British Journal of Psychiatry, 188, 423-31.

11. Costa, P.T. and McCare, R.R. (1992) Revised NEO Personality Inventory and NEO Five-Factor Inventory Professional Manual (NEO-FFI), Psychological Assessment Resources, Odessa, FL.

12. Coy, K., Speltz, M.L., Deklyen, M. and Jones, K. (2001) Social-cognitive processes in preschool boys with and without oppositional defiant disorder. Journal of Abnormal Child Psychology, 29, 107-19.

13. Davies, K., Lewis, J., Byatt, J. et al. (2004) An Evaluation of the Literacy Demands of General Offending Behaviour Progarmmes, Home Office Research Findings, No. 233, Home Office, London.

14. Dodge, K.A., Pettit, G.S., Bates, J.E. and Valente E. (1995) Social information-processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. Journal of Abnormal Psychology, 104, 632-43.

15. Duggan, C., Adams, C., McCarthy, L. et al. (2005) A Systematic Review of the Effectiveness of Pharmacological and Psychological Treatments for Those with Personality Disorder, National Programme on Forensic Mental Health Research and Development, Liverpool.

16. D'Zurilla, T.J. and Nezu, A.M. (2007) Problem-Solving Therapy: A Positive Approach to Clinical Intervention, 3rd edn, Springer, New York.

17. D'Zurilla, T.J., Nezu, A.M. and Maydeu-Olivares, A. (2002) Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R): Technical Manual, Multi-Health Systems, North Tonawanda, NY.

18. Enticott, P.G. and Ogloff, J.R.P. (2006) Elucidation of impulsivity. Australian Psychologist, 41, 3-14.

19. Farrington, D.P. (1995) The development of offending and antisocial behaviour from childhood: key findings from Cambridge study in delinquent development. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36, 929-64.

20. Fazel, S. and Danesh, J. (2002) Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. Lancet, 359 (9306), 545-50.

Fergusson, D.M. and Horwood, L.J. (2002) Male and female offending trajectories. Development and Psychopathology, 14, 159-77.

22. Giancola, P.R. (2000) Executive functioning: a conceptual framework for alcohol-related aggression. Experimental and Clinical Psychopharmacology, 8, 576-97.

23. Hayward, J., McMurran, M. and Sellen, J. (2007) Social problem solving in vulnerable adult prisoners: profile and intervention. Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 19, 243-48.

24. Herrick, S.M. and Elliot, T.R. (2001) Social problem, solving abilities and personality disorder characteristics among dual-diagnosed persons in substance abuse. Journal of Clinical Psychology, 57, 75-92.

25. Hoaken, P.N.S., Shaughnessy, V.K., and Pihl, R.O. (2003) Executive cognitive function and aggression: is it an issue of impulsivity? Aggressive Behavior, 29, 15-30.

26. Hollin, C.R., Plamer, E., McGuire, J. et al. (2003) An Evaluation of Pathfinder Programmes in the Probation Service. Home Office, London.

27. Howard, R.C., Huband, N., Mannion, A. and Duggan, C. (2008) Exploring the link between personality disorder and criminality in community sample. Journal of Personality Disorders, 22, 589-603.

28. Huband, N., McMurran, M., Evans, C. and Duggan, C. (2007) Social problem solving plus psychoeducation for adults with personality disorder: a pragmatic randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry, 190, 307-13.

29. Jaffee, W.B. and D'Zurilla, T.J. (2003) Adolescent problem solving, parent problem solving, and externalizing behaviour in adolescents. Behavior Therapy, 34, 295-311.

30. Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmahl, C. et al. (2004) Borderline personality disorder. The Lancet, 364, 433-61.

31. Linehan, M.M. (1993) Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder, Guilford, New York.

32. Loranger, A.W. (1999) International Personality Disorder Examination. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL.

33. Lösel, F. and Beelmann, A. (2005) Social problem-solving programs for preventing antisocial behaviour in children and youth, in Social Problem Solving and Offending: Evidence, Evaluation, and Evolution (eds M. McMurran and J. McGuire), John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, pp. 127-43.

34. Lösel, F., Bliesener, T. and Bender, D. (2007) Social information processing, experiences of aggression in social contexts, and aggressive behavior in adolescents. Criminal Justice and Behavior, 34, 330-47.

35. Lynam, D., Moffitt, T. and Stouthamer-Loeber, M. (1993) Explaining the relation between IQ and delinquency: Class, race test motivation, school failure, or self-control? Journal of Abnormal Psychology, 102, 187-95.

36. Malouff, J.M., Thorsteisson, E.B. and Schutte, N.S. (2007) The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: a meta-analysis. Clinical Psychology Review, 27, 46-57.

37. Matthys, W. and Lochman, J.E. (2005) Social problem solving in aggressive children, in Social Problem Solving and Offending: Evidence, Evaluation, and Evolution (eds M. McMurran and J. McGuire), John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, pp. 51-66.

38. McCare, R.R. and Costa, P.T., Jr. (2003) Personality in Adulthood: A Five-Factor Theory Perspective, 2nd edn, Guilford, New York.

39. McGuire, J. (2000) Think First, Home Office, London.

40. McGuire, J. (2002) Integrating findings from research reviews, in Offender Rehabilitation and Treatment (ed. J. McGuire), John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, pp. 3-38.

41. McMurran, M. (2008) Alcohol and aggressive cognition, in Aggressive Offenders' Cognition: Theory, Research and Practice (eds T.A. Gannon, T. Ward, A.R. Beech and D. Fisher), John Wiley & Sons, Ltd, Chichester.

42. McMurran, M., Blair, M. and Egan, V. (2002) An investigation of the correlations between aggressiveness, impulsiveness, social-problem solving, and alcohol use. Aggressive Behavior, 28, 439-45.

43. McMurran, M., Duggan, C., Christopher, G. and Huband, N. (2007) The relationships between personality disorders and social problem solving in adults. Personality and Individual Differences, 42, 145-55.

44. McMurran, M., Egan, V., Blair, M. and Richardson, C. (2001a) The relationships between social-problem solving and personality in mentally disordered offenders. Personality and Individual Differences, 30, 517-24.

45. McMurran, M., Egan, V. and Duggan, C. (2005) Stop & Think! social-problem solving therapy with personality disordered offenders, in Social Problem Solving and Offending: Evidence, Evaluation, and Evolution (eds M. McMurran and J. McGuire), John Wiley & Sons, Ltd, Chichester.

46. McMurran, M., Egan, V., Richardson, C. and Ahmadi, S. (1999) Social-problem solving mentally disordered offenders: a brief report. Criminal Behaviour and Mental Health, 9, 315-22.

47. McMurran, M., Fyffe, S., McCarthy, L. et al. (2001b) Stop & Think! social-problem solving therapy with personality disordered offenders. Criminal Behaviour and Mental Health, 11, 273-85.

48. McMurran, M., Huband, N. and Duggan, C. (2008) The role of social-problem solving in improving social functioning in therapy for adults with personality disorder. Personality and Mental Health, 2, 1-6.

49. McMurran, M. and Wilmington, R. (2007) A Delphi survey of the views of adult male patients with personality disorders on psychoeducation and social problem solving therapy. Criminal Behaviour and Mental Health, 17, 293-99.

50. Moeller, F.G., Barratt, E.S., Dougherty, D.M. et al. (2001) psychiatric aspects of impulsivity. American Journal of Psychiatry, 158, 1783-93.

51. Moffitt, T.E., Caspi, A., Harrington, H. and Milne, B.J. (2002) Males on the life-course persistent and adolescent-limited antisocial pathways: follow-up at 26 years. Development and Psychopathology, 14, 179-207.

52. Nur, U., Tyrer, P., Merson, S. and Johnson, T. (2004) Relationship between clinical symptoms, personality disturbances, and social function: a statistical enquiry. Irish Journal of Psychological Medicine, 21, 19-22.

53. Patton, J.H., Stanford, M.S. and Barratt, E.S. (1995) Factor structure of Barratt Impulsiveness Scale. Journal of Clinical Psychology, 51, 768-74.

54. Platt, J.J. and Spivack, G. (1975) Manual for the Means-End Problem-Solving (MEPS): A Measure of Interpersonal Problem Solving Skill. Hahnemann Medical College and Hospital, Philadelphia.

55. Ramadan, R. and McMurran, M. (2005) Alcohol and aggression: gender differences in their relationships with impulsiveness, sensation-seeking, and social problem-solving. Journal of Substance Use, 4, 215-24.

. Ross, R.R., Fabiano, E.A. and Ross, R.D. (1986) Reasoning and Rehabilitation: A Handbook for Teaching Cognitive Skills, Centre for Cognitive Development, Ottawa.

/ Seivewright, H., Tyrer, P. and Johnson, T. (2004) Persistent social dysfunction in anxious and depressed patients with personality disorder. Acta Psychiatrica Scandanavica, 109, 104-9.

58 Skodol, A.E., Pagano, M.E., Bender, D.S. et al. (2005) Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years. Psychological Medicine, 35, 443-51.

59 Spielberger, C.D. (1999) STAXI-2: State-Trait Anger Expression Inventory-2, Psychological Assessment Resources, Odessa, FL.

60. Sukhodolsky, D.G., Kassinove, H. and Gorman, B.S. (2004) Cognotive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: a meta-analysis. Aggression and Violent Behavior, 9, 247-69.

61. Tong, L.S.J. and Farrington, D.P. (2008) Effectiveness of 'Reasoningand Rehabilitation' in reducing offending. Psicothema, 20, 20-28.

62. Tyrer, P., Nur, U., Crawford, M. et al. (2005) The social functioning questionnaire: a rapid and robust measure of perceived functioning. International Journal of Social Psychiatry, 51, 265-75.

63. Waschbusch, D.A., Walsh, T.M., Andrade, B.F. et al. (2007) Social problem solving, conduct problems, and callous-unemotional traits in children. Child Psychiatry and Human Development, 37, 293-305.

64. Wong, W.K. and Cornell, D.G. (1999) PIQ>VIQ discrepancy as a correlate of social problem solving and aggression in delinquent adolescent males. Journal of Psychoeductional Assessment, 17, 104-12.

65. Zadeh, Z.Y., Im-Boulter, N. and Cohen, N.J. (2007) Social cognition and externalizing psychopathology: an investigation of the mediating role of language. Journal of Abnormal Child Psychology, 35, 141-52.

66. Zelazo, P.D., Carter, A., Reznick, J.S. and Frye, D. (1997) Early development of executive function: a problem-solving framework. Review of General Psychology, 1, 198-226.

الفصل الخامس عشر

التفكير الإجرامى

جلين د. ولترز
مؤسسة الإصلاحية الفيدرالية- شولكيل،
الولايات المتحدة الأمريكية

حين تُقترَف جريمة عنيفة بصورة بارزة، من أول الأسئلة التى يطرحها الناس ماذا كان تفكير مرتكبها، حين اقترف هذا العمل الإجرامى. وبحثًا عن إجابة لهذا اللغز، قد نميل إلى أن الثرثرة وترديد القول بأن تفكيره ربما توقف حين اقترف هذه الجريمة، وهذا بدقة ما جعله ينهمك فى هذا العمل العدوانى الذى يبدو أخرق للوهلة الأولى. ورغم ذلك، يحتمل أن يقول لنا الذين عملوا مع الجناة بشكل منتظم: إنه مهما بدا السلوك مشوشا أو اندفاعيا، فإن المعرفة تسبق، بشكل يكاد يكون دائما، السلوك فى اقتراف فعل إجرامى عنيف. ونحتاج، باحثين وإكلينيكيين، إلى فهم طبيعة هذه المعرفة الإجرامية، ودرجة انحرافها عن التفكير غير الإجرامى وصناعة القرار. فى هذا الفصل، نقدم للقارئ مفهوم التفكير الإجرامى باعتباره وسيلة لوصف السلوك الإجرامى وفهمه وتقييمه وتغييره.

تعريف التفكير الإجرامي

يُعرَّف التفكير الإجرامي في هذا الفصل بأنه معرفة مصمَّمة لبدء، و/أو مواصلة، انتهاك معتاد لقواعد ومبادئ وقوانين أقرتها من قبل هيئة تشريعية حاكمة. وأشير، باستخدام مصطلح هيئة تشريعية حاكمة، إلى ضبط اهتمامات مجتمع، سواء كان ذلك الضبط للاهتمامات يشكل عقداً اجتماعيا ضمنيا مع الجماهير أم لا. ابتكر سيزار بيكاريا (١٧٦٤)[1]، أرستقراطى إيطالى ومصلح اجتماعى، مفهوم العقد الاجتماعى لوصف عملية تنازل المواطنين عن جزء من فرديتهم لتسن الحكومة القانون وتنفذه من أجل الصالح العام للشعب، وتحمى فى الوقت ذاته الحقوق الطبيعية للمواطنين قدر المستطاع. وهى، بشكل واضح، فكرة لا تتحقق إطلاقًا بشكل تام فى أى مجتمع. ومن ثم يرتبط التفكير الإجرامى بالمجتمع الذى يحدث فيه. ومثل النسبية الثقافية، تعتقد النسبية المعرفية أننا لا يمكن أن نحكم على التفكير الإجرامى دون وضعه فى سياقه. ويوجد، رغم ذلك، على الأقل معيار عام يمكن الحكم على التفكير الإجرامى طبقا له، معيار التكيف، وهو موضوع نعود إليه بعد ذلك فى هذا الفصل.

ثم تُناقَش فى هذا الفصل النسبية المعرفية ودورها فى تشجيع المعيار العام المزعوم للتكيف، أو إحباطه. يُعرَّف، حاليا، التفكير الإجرامى بمحتواه وعمليته process. يسير الاثنان معا. يمارس البعض التفكير الإجرامى ولا ينفذونه إطلاقًا؛ ويكشف آخرون عن نمطٍ من التفكير يتبع قواعد وأعراف يتبعها التفكير الإجرامى، وليسوا، رغم ذلك، جناة مزمنين. لا يمكن وجود تفكير إجرامى قبل اجتماع محتوى التفكير الإجرامى وعمليته معًا فى الزمان والمكان، ولا يمكن قبل اتخاذ قرار بالعمل وفق فكرة إجرامية أن يكون لدينا فعل إجرامى. إن التفكير الإجرامى، طبقا للمنظور الذى نتبناه فى هذا الفصل، شرط ضرورى، لكنه غير كافٍ، للسلوك الإجرامى.

---

(١) سيزار بيكاريا (1794-1738) Cesare Beccaria: فيلسوف وسياسى إيطالى، اشتهر بأطروحته "عن الجريمة والعقاب (1764) "On Crime and Punishments.

بالتـالى، بينمـا قد يكون للتفكير الإجرامى أساس فـ ـحتوى التفكير اليومى وعمليته، لا يمكن قبل تجليه فى تعبيرات سلوكية صريحة أ. نعتبره خطيراً بما يكفى لتبرير إجراء دراسة.

وصف التفكير الإجرامي

تحاول نظرية الجريمة أسلوبًا للحياة (38 و 40)، ويعتمد عليها جزء كبير من هذا الفصل، تجنب شرَك الحشو الذى وقعتْ فى شِبَاكه نظريات أخرى كثيرة عن الجريمة بالإبقاء على الفصل بين الوصف والتفسير. وهكذا يصف القسم الحالى التفكير الإجرامى، ويحاول القسم التالى تفسيره. التفكير الإجرامى، من منظور أسلوب الحياة، منظم بتدرج هرمى. توجد المخططات، وهو مفهوم مستعار من عالم النفس الارتقائى جان بياجيه (25)، فى أدنى مستوى التدرج الهرمى(٢)، وهناك تعريفات كثيرة للمخطط، لكن التعريف المستخدم فى هذا الفصل يعتبر المخطط وحدة أساسية للمعنى. يتطور المخطط خلال التفاعلات المستمرة للكائن البشرى مع البيئة الطبيعية والاجتماعية والتفاعل المعقد للاستيعاب، حيث تندمج معلومات جديدة مع مخطط موجود، والتكيف، حيث يُبتكَر مخطط جديد لوضع تصور لمعلومات لا يوجد لها مخطط حاليا. إن فكرة التساوى مع شخص أمام القضاء، أو أخذ لعبة طفل آخر، تمثل ما يمكن أن يكون أمثلة لمخططات مرتبطة بالجريمة. يمكن تقسيم المخططات الإجرامية إلى محتوى وعملية: تضم مخططات المحتوى الأوجه الخاصة بجريمة (الفعل ذاته، غاية الفعل، موانع الفعل)، وتتضمن مخططات العملية الخطوات المتبعة لتنفيذ الجريمة (الحافز، الفرصة، الأولوية).

---

(٢) جان بياجيه (1896-1980) Jean Piaget: عالم نفس سويسرى، عرف بنظريته عن التطور المعرفى theory of cognitive development.

لا تؤدى المخططات وحدها عموماً إلى الجريمة؛ يجب توجيهها وتعزيزها بمعرفة أعلى. ويتضمن المستوى الرئيسى التالى للتدرج الهرمى للتفكير، الإجرامى كما تفترضه نظرية أسلوب الحياة، شبكات فرعية للمخططات، مجموعات من مخططات متداخلة تساعد على تشجيع السلوك الإجرامى. ومثل المخططات، يمكن تقسيم الشبكات الفرعية للمخططات إلى محتوى الشبكات الفرعية للمخططات وعملية الشبكات الفرعية للمخططات. ومحتوى الشبكات الفرعية للمخططات نماذج معرفية تركز على تيمة مركزية أو مشتركة مثل الجريمة والعدل. وعملية الشبكات الفرعية للمخططات، من الناحية الأخرى، مجموعة مخططات مجردة من محتوى إجرامى معين، لكنها تركز على الوسائل التى تُخطَّط بها الجريمة، وتُنفَّذ، وتُبرَّر بعد ذلك. ومن أمثلة عملية الشبكات الفرعية للمخططات أساليب التفكير الإجرامى من قبيل الاستحقاق والانقطاع (انظر الجدول ١٥، ١)، والصفات الإجرامية (مثلا، لوم الآخرين)، والكفاءة الذاتية بالنسبة للجريمة (على سبيل المثال، الاعتقاد بأن المرء يكون أفضل بارتكاب الجريمة)، وتوقعات نتيجة الجريمة (مثلا، تجلب الجريمة القوة والاحترام والكسب المالى)، والغايات الإجرامية (مثلا، تفضيل الأهداف قصيرة المدى على الأهداف طويلة المدى)، والقيم الإجرامية (مثلا، أنانية ولذيذة). إن تجاور هذين العنصرين، محتوى الشبكات الفرعية لمخططات الجريمة، وعملية الشبكات الفرعية لمخططات الجريمة، هو ما يعد خشبة المسرح لسلوك إجرامى فعلى.

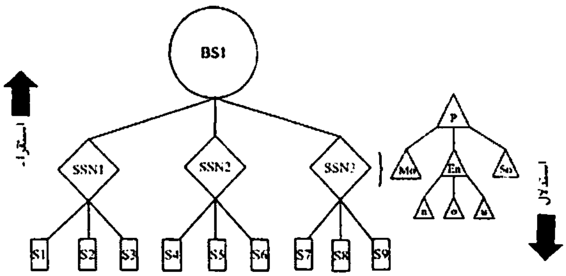
توجد أنظمة الاعتقاد فى أعلى مستوى من التدرج الهرمى للتفكير الإجرامى. وأنظمة الاعتقاد، مُنكَرةً بوصفها مجموعات من محتوى الشبكات الفرعية للمخططات وعمليتها، انطباعاتٌ شاملة يكوِّنها الفرد عن نفسه (رؤية الذات)، والبيئة الخارجية (رؤية العالم)، والماضى (رؤية الماضى)، والحاضر (رؤية الحاضر)، والمستقبل (رؤية المستقبل). ويتأسس كل نظام من أنظمة الاعتقاد بشكل مختلف. تتأسس رؤية الذات من خمسة مكونات (تقييمات تأمل، ومقارنات اجتماعية، وتصورات ذاتية، ودور الهوية، والذوات المحتملة)، ورؤية العالم من أربعة أبعاد (آلى–عضوى، وأداتى–حتمى، وعدل–ظلم، وحقد–خير)، ورؤية الحاضر من وظيفتين (إدراكية وتنفيذية)، ورؤية الماضى من

تذكر، ورؤية المستقبل من توقعات المستقبل. لا يوجد فعليا بحث إمبريقى عن أنظمة الاعتقاد فى جناة جرائم العنف، لكننا نظن أن لدى الكثيرين من معتادى جرائم العنف رؤى ذاتية سلبية مضادة للمجتمع، ورؤى للعالم تلقى الضوء على الجوانب الآلية والحتمية والحاقدة للحياة، ورؤى للحاضر يكتنفها عيوب المعالجة واتخاذ القرار، ورؤى للماضى تسيطر عليها المآثر الإجرامية السابقة، ورؤى للمستقبل تتوقع منافع الجرائم المستقبلية، وتقلل من تكلفتها إلى أقصى حد.

يوضح الشكل "١٥، ١" طبيعة التدرج الهرمى للتفكير الإجرامى كما تمثلها المستويات الثلاثة للتفكير الإجرامى التى وصفناها. وهناك عدة نقاط يجب توضيحها بشأن هذا النظام. أولا، تسير الحركة فى هذا النظام فى أى من الاتجاهين، من العام إلى الخاص، أو من الخاص إلى العام. بتعبير آخر، تؤثر الأوجه العامة للتفكير الإجرامى (أنظمة الاعتقاد) على الأوجه الخاصة (شبكات فرعية للمخططات، مخططات) بقدر تأثير الأوجه الخاصة للتفكير الإجرامى (المخططات) على الأوجه العامة (شبكات فرعية للمخططات، أنظمة الاعتقاد)، الأول من خلال الاستدلال deduction والأخير من خلال الاستقراء induction. وهكذا تساعد المخططاتُ الإجرامية الخاصة على تشكيل أنظمة الاعتقاد، ويساعد نظام الاعتقاد بدوره على تلوين المخططات الإجرامية الخاصة. النقطة الثانية التى يجب توضيحها بشأن التدرج الهرمى للتفكير الإجرامى أن هناك الكثير من المستويات الفرعية داخل كل من المستويات الثلاثة الرئيسية، والعام والخاص مصطلحات نسبية. على سبيل المثال، أسلوب التفكير فى الاستحقاق خاص بالنسبة للمفهوم الأكثر عمومية عن التفكير الإجرامى المسيطر، لكنه عام بالنسبة للعناصر الفرعية الأكثر خصوصية عن الضرورة والملكية والتفرد، وكلها فى مستوى الشبكة الفرعية للمخططات فى نظام التدرج الهرمى (انظر الشكل ١٥، ١). يتم فى القسم التالى من هذا الفصل مزيد من التوضيح لمفهوم ضرورة فهم التفكير الإجرامى فى سياقه.

تفسير التفكير الإجرامي

يجب فهم التفكير الإجرامي فى سياقه الثقافى والتطورى والزمنى الحقيقى. ورغم وجود عدة سياقات تساعد على تشكيل الأسلوب الإجرامى فى الحياة والتفكير الذى يعززه، يعتبر ثلاثة منها أساسية بشكل خاص فى تفسير طبيعة محتوى التفكير الإجرامى وعمليته، وتوضيح هذه الطبيعة. وهذه السياقات الثلاثة -الثقافية والتطورية والزمنية- هى بؤرة اهتمام هذا الفصل.



الشكل ١٥، ١ تمثيل لتنظيم التدرج الهرمى للتفكير الإجرامى (BS: نظام اعتقاد؛ SSN: شبكة فرعية للمخطط؛ S: مخطط؛ P: تفكير إجرامى مسيطر؛ Mo: تلطيف؛ En: استحقاق؛ So: إفراط فى التفاؤل؛ n: ضرورة؛ o: الملكية؛ u: التفرد).

الجدول ١٥، ١ وصف الأساليب الثمانية للتفكير:

أسلوب التفكير	العلامة	α	الوصف
تلطيف Molification	Mo	٠,٦٤	إسقاط اللوم بالنسبة للعواقب السلبية للفعل الإجرامى على البيئة أو الآخرين أو المجتمع عموما. مثال: "إذا كانت الحكومة هى المعلِّم فإن العنف أسلوب مناسب يعبر به المرء عن عدم رضاه عن الحكومة.

أسلوب التفكير	العلامة	α	الوصف
تلطيف Molification	Mo	٠,٦٤	إسقاط اللوم بالنسبة للعواقب السلبية للفعل الإجرامى على البيئة أو الآخرين أو المجتمع عموما. مثال: "إذا كانت الحكومة هى المعلِّم فإن العنف أسلوب مناسب يعبر به المرء عن عدم رضاه عن الحكومة.
قاطع Cutoff	Co	٠,٧٨	الاستبعاد السريع للموانع المشتركة للجريمة باستخدام صورة أو تعبير (على سبيل المثال، "اللعنة"، أو الكحول أو العقاقير. مثال: "لا أبالى، أهاننى وعليه الآن أن يتحمل ما يحدث له."
استحقاق Entitle-ment	En	٠,٥٩	الاعتقاد بأن المرء يستحق انتهاك حقوق الآخرين وقواعد المجتمع من أجل الكسب الشخصى، غالبا بإساءة تحديد الرغبات على أنها احتياجات. مثال: "أستحق حياة كريمة وإذا كانت الطريقة الوحيدة للوصول إلى حياة كريمة بانتزاعها من الآخرين فليكن".
توجيه القوة Power Orientation	Po	٠,٦٥	الرغبة فى القوة الشخصية والتحكم فى الآخرين. مثال: "لا شىء مبهج أكثر من أمر الناس بالاستلقاء على أرضية البنك أثناء عملية سرقة.

العاطفية sentimen-tality	Sn	٠,٥٥	إحساس بأن مآثره رائعة (على سبيل المثال، شراء دجاج رومى للجيران فى عيد الشكر) تعادل أو تبطل تأثير الأسلوب الإجرامى فى الحياة. مثال: "أنا لستُ فتى سيئا، إننى أشبه روبين هود؛ آخذ من الأغنياء وأعطى الفقراء".
إفراط فى التفاؤل Su-peroptimism	So	٠,٦٣	اعتقاد غير واقعى بأن المرء يمكن أن يهرب من العواقب السلبية الطبيعية لأسلوب إجرامى فى الحياة (على سبيل المثال، المشاكل الاجتماعية، السجن، الموت) بشكل غير محدد. مثال: "كان الأمر وكأننى محمى بسترة واقية من الرصاص، لا أحد يستطيع أن يلمسنى".
كسل معرفى Cogni-tive Indolence	Ci	٠,٧٦	الافتقار إلى التفكير النقدى مما يؤدى إلى اتخاذ القرارات بشكل غير مؤثر واندفاعى والميل إلى اتخاذ أقصر الطرق. مثال: "بمجرد أن تراودنى فكرة السطو على بيت، أنفذها، حتى لو كانت هناك مشاكل واضحة فى الخطة.
انقطاع Discontinui-ty	Ds	٠,٧٩	تشويش فى وجه الأحداث البيئية إلى درجة أن يعانى الفرد من مشاكل تلى نوايا طيبة فى البداية. مثال: "فى كل

			مرة أغادر فيها السجن أفعل ذلك بأفضل النوايا، لكن شيئا لم أتوقعه يبدو دائما أنه يظهر فى طريقى ويلقى بى خارج المسار."

ملاحظة: أسلوب التفكير: اسم أسلوب التفكير الإجرامى؛ العلامة: علامة أسلوب التفكير الإجرامى المستخدمة فى الاختبار النفسى لأساليب التفكير الإجرامى أو رمزه؛ معامل ألفا كرونباخ الداخلى Cronbach للاتساق الداخلى من عينة معيارية أصلية (ع = ٤٥٠) عند ولترز (39)؛ الوصف: وصف موجز لأسلوب التفكير مع مثال.

السياق الثقافي:

يوجد التفكير الإجرامى فى سياق ثقافى. ولا يمكن تعريف التفكير الإجرامى، أو وصفه، أو تفسيره، دون وضع الثقافة التى يحدث فيها فى الحسبان. ويرجع هذا إلى أن الثقافة تُعرِّف ما هو إجرامى، وبينما تعتبر أفعال كثيرة إجرامية فى معظم الثقافات، لا تعتبر أفعال أخرى كثيرة إجرامية إلا فى ثقافات وثقافات فرعية معينة. تحدد درجةُ احترام البنية الحكومية لأمة للجانب الخاص بها من العقد الاجتماعى الدرجةَ التى يعكس بها قانون المجتمع إرادة الناس. ولا يوجد ضمان، رغم ذلك، على أن تكون هذه القوانين خلقية من منظور بعد تقليدى (18). كانت الاشتراكية القومية لهتلر محبوبة من الكثير من المواطنين الألمان، على الأقل حتى قبل أن تبدأ ألمانيا خسارة الحرب، لكنها كانت حكومة غير خلقية منذ البداية. اعتُبِر المواطنون الذين آووا اليهود والآخرين من "غير المرغوبين" مجرمين فى أعين هذه الثقافة، ويمكن اعتبار التفكير الذى جعلهم يفعلون ذلك تفكيراً إجراميا لأنه انتهك قوانين تلك الثقافة الخاصة. ونكرر، لا يوجد ما هو عام فى التفكير الإجرامى لأنه يجب أن يُفهَم فى سياق ثقافى.

والسياق الثقافى الذى يُفهَم فيه التفكير الإجرامى فى هذا الفصل تمثله المجتمعات الديموقراطية فى أمريكا الشمالية وغرب أوروبا، ولا توجد فرضية لتعميم هذه المعلومات على المجتمعات غير الديموقراطية فى آسيا أو إفريقيا أو أمريكا الجنوبية أو الشرق الأوسط.

توازى النسبية المعرفية التى تعتنقها نظرية أسلوب الحياة النسبية الثقافية التى لا تزال رائجة فى مجال الأنثروبولوجيا. والنسبية الثقافية اعتقاد شمولى بأن المعرفة يجب النظر إليها فى سياق الثقافة التى تنشأ فيها، ولا توجد معايير خلقية أو أدبية شاملة يمكن الحكم على أساسها على قيمةِ ثقافةٍ معينةٍ (2 و6). والنسبية المعرفية، من ناحية أخرى، مفهوم شمولى لضرورة فهم الناس فى سياق أنظمة معتقداتهم، وعدم وجود معيار شامل لحقيقة موضوعية (40). ورغم ذلك تُقيِّد النسبية المعرفية التى ينتسب إليها نموذج نمط الحياة بمعيار عام واحد، معيار التكيف. والتكيف أو التوازن، طبقًا لنظرية أسلوب الحياة، مفتاح القدرة على البقاء على قيد الحياة، وكلما كان النظام المعرفى لشخص أكثر توازنًا زادت فرصه فى البقاء على قيد الحياة. يتحقق التوازن فى مستوى المخططات باستخدام منتظم لكل من قطبى المخطط، بدل الالتزام الجامد بقطب واحد (17). يتحقق التوازن فى مستوى الشبكات الفرعية للمخططات بتجنب التفكير المتطرف الذى يؤدى إلى أساليب التفكير الإجرامى. ويتحقق التوازن فى مستوى نظام الاعتقاد بالتوليف بين النقائض، والحركة الديناميكية إلى أعلى أبعاد نظام الاعتقاد، وإلى أسفله، بدل الالتزام الجامد بوجه واحد لذلك النظام من أنظمة الاعتقاد. ويعتقد أن التفكير الإجرامى يتضمن نقص التوازن، ومن ثم ضعف القدرة على التكيف.

من الأوجه الأخرى للسياق الثقافى للتفكير الإجرامى أنه يمكن اعتبار التفكير الإجرامى تجليا لنظام اعتقاد جمعى. وأنظمة الاعتقاد الجمعى معتقدات تتمسك بها مجموعة من البشر، تحدد أفعال المجموعة بتأسيس قواعد وأدوار وطقوس وعلاقات فى السلوك اليومى. ويمكن رؤية الدين والسياسية وحتى الثقافة، جزئيا أو عمومًا، بوصفها

أنظمة اعتقاد جمعي، وكذلك أساليب الحياة، من قبيل الأسلوب الإجرامى فى الحياة، والتفكير الذى يدعمه. يواجه نظامُ اعتقادٍ جمعى المشاكل حين يكون مجال بنائه الأساسى ذا طبيعة أسطورية. فى بناء مدارك للواقع، يستخدم الأفرادُ والمجموعاتُ الأسطوريَّ (معتقدات عامة لم تخضع لاختبار وتُسلَّم من الآخرين)، والإمبريقى (معتقدات تأسس على خبرة شخصية)، والغائى (مجموعة منظمة من معتقدات مصممة لتحقيق هدف نهائى)، والإبستيميولوجى (معتقدات تعترف بنسبية كل البنى ومحدوديتها). ويتأسس التفكير الإجرامى والأسلوب الإجرامى فى الحياة، الناجم عنه، بشكل حصرى تقريبا على البنى الأسطورية، حيث تنتقل الأفكار عن الآخرين، ويقبلها الفرد ببساطة من دون تمحيص. إن مفهوم أن المرء يجب أن يكون فظًا أو عنيفًا ليحظى بالاحترام، والاعتقاد بأن القوى له الحق فى أن يأخذ من الضعيف، بنى أسطورية تكمن فى جوهر الأسلوب الإجرامى فى الحياة. رغم ذلك، بمجرد التوقيف، تأخذ البنية الأسطورية الأساسية "أنا أولا"، الأسبقية، ولا يرى الفرد خطأ فى الوشاية بمجموعاته.

السياق التطوري:

من المؤكد أن للتفكير الإجرامى سياق تطورى أيضًا، كما أن له سياقًا ثقافيا. ومفاهيم بياجيه للتمثل والتكيف (25)) أساسية لتشكيل التدرج الهرمى للتفكير الإجرامى، الذى سبق وصفه فى القسم السابق، من المخططات الفردية إلى أنظمة المعتقدات الرئيسية. وينبثق السياق التطورى الذى أود التركيز عليه هنا، رغم ذلك، من أعمال كينيث دودج Dodge (7) الذى افترض وجود نوعين من العدوانية فى الأطفال: العدوانية المسيطرة، أو الإجرائية، والعدوانية التفاعلية، أو العدائية. وبينما تتسم العدوانية المسيطرة بأنها بدم بارد وهادفة، تعتبر العدوانية التفاعلية وجدانية وبدم حار واندفاعية (8). تشير الأبحاث إلى أنه بينما ترتبط العدوانية المسيطرة بتوقع نتيجة إيجابية للعدوانية فى الأطفال (24) والجنوح فى المراهقين (35)، ترتبط العدوانية

التفاعلية بانحرافات صفة العدائية فى كل من الأطفال (5) والجانحين الصغار (9). لكن العدوانية المسيطرة والتفاعلية، رغم الاختلافات، بُعْدان مترابطان، ومن الشائع أن نجدهما تعملان فى الفرد ذاته، أو حتى فى الحادث العدوانى ذاته (26). يتبقى أن نرى إن كانت العدوانية المسيطرة والعدوانية التفاعلية فى الأطفال مرتبطتين بطريقة ذات مغزى بعدوانية البالغين.

يؤكد ولترز Walters (43) أن عدوانية الأطفال وعدوانية البالغين مترابطتان بسمات مشتركة فى التفكير. حدد ولترز (46)، مبتكرًا مقاييس مركبة من أساليب منتقاة من التفكير، ومقاييس العوامل والمحتوى فى الاختبار النفسى لأساليب التفكير الإجرامى Psychological Inventory of Criminal Thinking Styles، أن المقياس المركب للتفكير الإجرامى المسيطر Proactive Criminal Thinking تنبأ بتوقع نتيجة إيجابية للجريمة، ولم يتنبأ بانحرافات صفة العدائية، وتنبأ المقياس المركب للتفكير الإجرامى التفاعلى Reactive Criminal Thinking بانحرافات صفة العدائية، ولم يتنبأ بتوقع نتيجة إيجابية للجريمة، مما يوازى الأبحاث عن العدوانية المسيطرة والعدوانية التفاعلية فى الأطفال، وعلاقاتهم التعويضية مع توقع نتائج إيجابية للعدوانية وانحرافات صفة العدائية (5 و 24). فى دراسة ثانية، أثَّر التوقعُ على معدلات مقياس التفكير الإجرامى المسيطر قبل التوقيف بسبب جرائم مسيطرة أو إجرائية (سرقة، سطو) ولم يؤثر التوقع بالنسبة للجرائم العدائية أو التفاعلية (اعتداء، عنف عائلى)، وحدث العكس تماما على مقياس التفكير الإجرامى التفاعلى، رغم وجود ارتباط مرتفع باعتدال بين المقياسين (49). ويُفترَض أن التفكير الإجرامى/ العدوانى المسيطر مسئول عن الارتباط بين العدوانية الإجرائية فى الأطفال والإجرام المسيطر فى البالغين، والتفكير الإجرامى/ العدوانى التفاعلى مسئول عن العدوانية العدائية فى الأطفال والإجرام التفاعلى فى البالغين. والآلية، أو الآليات، الخاصة المسئولة عن التفكير الإجرامى المسيطر والتفاعلى غير معروفة حاليا لسوء الحظ، رغم أن التعليم بالملاحظة، الموجه بواسطة الرفاق، أو الآباء، يحتمل أن يكون متورطا فى الأمر إلى حد ما.

السياق الزمني:

للسلوك الإجرامى العنيف، إضافة لسياقيه الثقافى والتطورى، سياق زمنى أيضاً. ما أعنيه بسياق زمنى هو أن التفكير الإجرامى يختلف باعتباره وظيفة للنقطة التى يحدث عندها فى الحدث الإجرامى أو المسار الإجرامى. وسواء تحدثنا عن نمط للعنف، أم نوبة واحدة من العنف، يمكن تقسيم السلسلة إلى مرحلتين على الأقل: مرحلة استهلال ومرحلة استمرار. تفسر مرحلة استهلال العنف كيفية بدئه، وتفسر مرحلة الاستمرار كيفية استمراره. ويعتقد أن هناك عوامل مختلفة مسئولة عن استهلال الجريمة واستمرارها (40). قد يلعب التفكير الإجرامى دوراً فى استهلال العنف واستمراره، ويحتمل أن يختلف الدور باختلاف وظيفة السياق الزمنى الذى يُصمَّم التفكير لدعمه. تساعد الإشارات الموضعية وتشويشات الإدراك فى استهلال حدث إجرامى عنيف، ويساعد التعزيز والتغذية الرجعية فى استمرار الحدث الإجرامى العنيف. ويبدو أن محتوى التفكير الإجرامى، مثل تحديد الهدف والتقنية الإجرامية ومختلف الأفكار التى قد تنتاب الفرد بشأن أعمال إجرامية معينة، متورطٌ فى استهلال نمط من العنف الإجرامى أكثر من تورطه فى استمراره. يبدو استمرار الجريمة العنيفة، من ناحية أخرى، وظيفة لعملية التفكير الإجرامى، من التحديد إلى توقعات نتائج الجريمة، إلى أساليب التفكير التى تقيم بالاختبار النفسى لأساليب التفكير الإجرامى.

تقدم بعض نظريات الإجرام تفسيراً جيدا لاستهلال الجريمة، وتقدم نظريات أخرى تفسيراً جيدا لاستمرارها، وتقدم نظريات قليلة تفسيرا جيداً للاثنين. تفسر نظريتا الانضباط الاجتماعى (14) والارتباط المميِّز (36) للجريمة استهلالَ الجريمة بشكل أفضل من تفسير لاستمرارها، وتقدم نظريتا التحديد (19) والتحييد (37) تفسيراً جيدا لاستمرار الجريمة وتفسيراً ضعيفًا لاستهلالها. ويقدم ولترز (40) نموذجا تكامليا تفاعليا للجريمة فى إطار أوسع لنظرية أسلوب الحياة، ويقدم تفسيراً

لاستهلال الجريمة واستمرارها. ويمكن، إذن، أن يقدم هذا النموذج تفسيراً للدور المميز للتفكير الإجرامى فى استهلال السلوك الإجرامى العنيف واستمراره أفضل من النظريات التقليدية فى علم الجريمة. ابتُكرتْ أيضًا نماذج مصممة لتفسير استهلال أفعال إجرامية عنيفة معينة، مثل جرائم الجنس، واستمرارها. قدم وُرْد Ward وآخرون (55)، على سبيل المثال، رؤية نظرية شاملة للتشويشات المعرفية فى مقترفى جرائم الجنس، وأوضحوا كيف أن انحرافات الوصف وتشويشات الإدراك، من قبيل إساءة تفسير إشارات من امرأة، يمكن أن تستهل جريمة جنسية، بينما تستخدم أساليب معالجة المعلومات لاستمرار المواقف، والأنماط المتكررة، والسلوك الجنسى الإجرامى للكثير من مقترفى جرائم الجنس. يوضح المفتاح لفهم السياق الزمنى للتفكير الإجرامى الدور المميز لبنية مثل التفكير الإجرامى فى استهلال السلوك الإجرامى العنيف واستمراره.

تقييم التفكير الإجرامي

لتقييم التفكير الإجرامى بدقة، علينا تقييم محتوى التفكير الإجرامى وعمليته. وهناك مقياسان يبدوان مناسبين بشكل خاص لمهمة تقييم محتوى التفكير الإجرامى: "مقياس المشاعر الإجرامية" Criminal Sentiments Scales و"مقاييس المواقف الإجرامية وما يصاحبها" Measures of Criminal Attitudes and Associates. مقياس المشاعر الإجرامية (31 و30) اختبار من ٤١ بنداً بالتقرير الذاتى، مكون من ثلاثة مقاييس فرعية: "المواقف تجاه القانون والقضاء والبوليس"، و"التسامح مع انتهاكات القانون"، و"التماهى مع المجرمين الآخرين". وبينما يقيم "التسامح مع انتهاكات القانون" تقنيات التحييد عند سايكز Sykes وماتزا Matza، وهى سمة من سمات عملية التفكير الإجرامى، فإن "المواقف تجاه القانون والقضاء والبوليس" و"التماهى مع المجرمين الآخرين" مقياسان كلاسيكيان لمحتوى التفكير الإجرامى. لمقياس المشاعر

الإجرامية صلاحية بناء (32) وهو فعال في التنبؤ بانتكاسة العنف (33)[٣]، تتكون "مقاييس المواقف الإجرامية وما يصاحبها" (20) من قسمين. يطلب القسم الأول من المستجيبين ذكر أربعة بالغين يقضون معهم معظم وقت الفراغ، مع تقييم مستوى كل بالغ في التورط في الجريمة. والقسم الثاني اختبارٌ بالتقرير الذاتي من ٤٦ بندًا، مكونٌ من أربعة مقاييس: العنف والاستحقاق والنية المضادة للمجتمع وما يصاحبها. يبدو أن الاستحقاق يقيس عملية التفكير، لكن المقاييس الثلاثة الأخرى تقيس أوجه محتوى التفكير الإجرامي. وأكدت دراسة لميلز Mills وكرونر Kroner وهيماتي Hemmati (21) أن "مقاييس المواقف الإجرامية وما يصاحبها" تتمتع بصلاحية متزايدة في التنبؤ بالانتكاسة العامة، والانتكاسة العنيفة، إضافة إلى مساهمات إجراء تقييم الخطر الحقيقي.

ربما تقاس عملية التفكير على أفضل شكل بالاختبار النفسي لأساليب التفكير الإجرامي (39)، وهو مقياس بالتقرير الذاتي مكون من ٨٠ بندًا، يقدم معدلات على مقاييس صالحة- "التشويش المعدل" و"الدفاع المعدل"- ثمانية أساليب غير متداخلة من أساليب التفكير- التلطيف، والقطع، والاستحقاق، وتوجيه القوة، والعاطفية، والإفراط في التفاؤل، والكسل المعرفي، والانقطاع- أربعة مقاييس عاملية- تجنب المشاكل، والندرة، والتأكيد/ الخداع الذاتي، وإنكار الأذى- مقياسين للمحتوى- التفكير الإجرامي الحالي والتفكير الإجرامي التاريخي- مقياسين مركبين- التفكير الإجرامي المسيطر والتفكير الإجرامي التفاعلي- ومقياس شامل للتفكير الإجرامي- التفكير الإجرامي العام. تعززت صلاحية بنية الاختبار النفسي لأساليب التفكير الإجرامي بالبحث التحليلي العاملي (41)، وارتباطات التمييز المتقاربة مع المقاييس الأخرى للشخصية (٥٠) والفحوصات عبر القوميات (23 و 16). بعد معدل التفكير الإجرامي العام، تعتبر المقاييس المركبة للاختبار النفسي لأساليب التفكير الإجرامي أكثر

(٣) صلاحية بناء construct validity: يشير هذا التعبير في العلوم الاجتماعية وفي القياس النفسي إلى ما إن كان المقياس يقيس البنية النفسية النظرية المعد لقياسها.

المؤشرات التى يمكن الاعتماد عليها فيما يتعلق بالسلوك المستقبلى المتوفر فى هذا الاختبار. وهى لا تتنبأ بالمخالفات المؤسسية العنيفة فقط (44 و51)، بل تتنبأ أيضًا بالانتكاسات العنيفة، مقيسة بالتوقيف بسبب جرائم عنيفة، من قبيل السرقة والاعتداء (47). يوضح معدل التفكير الإجرامى العام طبيعة التدرج الهرمى للتفكير الإجرامى، وينقسم إلى التفكير الإجرامى المسيطر والتفكير الإجرامى التفاعلى، وينقسم مقياسا التفكير الإجرامى المسيطر والتفكير الإجرامى التفاعلى إلى ثمانية مقاييس لأساليب التفكير، وتنقسم المقاييس الثمانية لأساليب التفكير أكثر إلى مقاييس فرعية لأساليب التفكير (انظر الشكل ١٥، ١).

تغيير التفكير الإجرامي

هناك ثلاثة أسئلة تحتاج إلى إجابات قبل قبول المقدمة المنطقية، الأساسية لنظرية أسلوب الحياة، حول أن التغيير فى التفكير الإجرامى يؤدى إلى تغيير فى السلوك الإجرامى. السؤال الأول: هل توجد علاقة بين التفكير الإجرامى والسلوك الإجرامى؟ ووُجِد أن المواقف المضادة للمجتمع والجانحة، وهما خاصيتان بارزتان لمحتوى التفكير الإجرامى، تتنبأ بالسلوك الإجرامى للبالغين (10)، وجنوح الصغار (57)، وانتكاسة البالغين (12)، وانتكاسة الصغار (31)، وعدوانية المراهقين (34)، وسوء سلوك البالغين فى السجن (11). مقاييس أسلوب التفكير فى الاختبار النفسى لأساليب التفكير الإجرامى ومعدل التفكير الإجرامى العام، وكل تجليات عملية التفكير الإجرامى، قادرة على التنبؤ بالانضباط المؤسسى فى الجناة الذكور المحتجزين (51)، والانتكاسة فى الجناة الذكور المفرج عنهم (42)، والانضباط المؤسسى فى الجانيات المحتجزات (48)، والانتكاسة فى الجانيات المفرج عنهن (48). وهكذا يمكن أن نجيب على السؤال الأول، هل محتوى التفكير الإجرامى وعملية التفكير الإجرامى مرتبطان بالسلوك الإجرامى؟ بنعم.

السؤال الثانى الذى نحتاج إلى الإجابة عليه: هل يمكن تغيير التفكير الإجرامى بالتدخل؟ بقدر أهمية تحديد إمكانية تعديل التفكير الإجرامى بالتدخل، تكون أهمية تحديد أنواع التدخل التى يحتمل أن تكون أكثر تأثيراً فى تقليل محتوى التفكير الإجرامى وعمليته. هبط محتوى التفكير الإجرامى، مقيساً بمقياس المشاعر الإجرامية، فى الجناة الذين لديهم تصور ذاتى إجرامى قوى بعد مشاركتهم فى تدخل موجه بشكل مباشر إلى المواقف الإجرامية وما يرتبط بها (29). انخفضت المعدلات على المقاييس الفرعية الثلاثة كلها لمقياس المشاعر الإجرامية وعلى المقاييس الفرعية للعنف والاستحقاق والنوايا المضادة للمجتمع لمقاييس المواقف الإجرامية وما يصاحبها بشكل دال فى مجموعة من الجناة الكنديين خضعوا لبرنامج تدريب للمهارات المجتمعية (56). ويبدو أيضاً أن عملية التفكير الإجرامى تستجيب للتدخل بشكل جيد. أدت البرامج السلوكية المعرفية المستخدمة فى الولايات المتحدة وكندا إلى انخفاض دال فى المعدلات التى حققها المشاركون فى الاختبار النفسى لأساليب التفكير الإجرامى، وخاصة مقاييس أسلوب التفكير القاطع والكسل المعرفى والانقطاع ومقياس محتوى التفكير الإجرامى الحالى (53). وأدى أيضاً برنامج معرفى مستخدم فى إنجلترا وويلز إلى نقص دال على الكثير من مقاييس الاختبار النفسى لأساليب التفكير الإجرامى، وسجل أكبر نقص على مقياس أسلوب تفكير الكسل المعرفى (4). رداً على السؤال الثانى، هل يمكن تقليل التفكير الإجرامى؟ وإذا كان الوضع كذلك، فما التقنيات الأكثر تأثيراً فى إنجاز هذه المهمة؟ يبدو أنه لا يستجيب محتوى التفكير الإجرامى وعمليته للتدخل فقط، لكن طرق التدخل المعرفية والسلوكية المعرفية (انظر أيضاً (٢٧)) تقدم أفضل النتائج.

السؤال الثالث والأخير الذى يحتاج إلى إجابة قبل تقديم توضيح تام لدور التفكير الإجرامى فى التدخل هو: هل يؤثر التدخل فى النهاية على السلوك الإجرامى عن طريق فعل وسيط أو دخيل على التفكير الإجرامى؟ فحص برْمان Berman (3) التأثيرات قصيرة المدى والتأثيرات طويلة المدى لبرنامج تدريب المهارات المعرفية على التفكير الإجرامى والسلوك الإجرامى فى مجموعة من ٣٧٢ سجينا من الذكور السويديين. من التأثيرات قصيرة المدى التى لاحظها برْمان ارتفاع المواقف التقليدية تجاه القانون

ونقص التماهى والتسامح مع انتهاكات القانون، مقيسة بمقياس المشاعر الإجرامية. وكان التأثير طويل المدى الذى لاحظه بِرْمان نقصاً بنسبة ٢٥٪ فى الانتكاسات مقارنة بمجموعة ضابطة مماثلة على مدى ثلاث سنوات من المتابعة. ورغم أن نتائج هذه الدراسة توحى بأن التدخل له تأثير على التفكير الإجرامى والسلوك الإجرامى، لا توجد وسيلة لمعرفة إن كان التأثير على السلوك الإجرامى حدث بتأثير البرنامج على التفكير الإجرامى. الطريقة الوحيدة للتأكد من أن التدخل يقلل السلوك الإجرامى بتغيير التفكير الإجرامى قد تكون بإجراء دراسة جماعية طولية عشوائية منضبطة، تُحلَّل فيها ارتباطات الفواصل العرضية بعمليات إحصائية من قبيل تحليل المسار(٤). وبالتالى ليست لدينا حاليا إجابة على السؤال الثالث، هل تقلل طرق التدخل المعرفى والسلوكى المعرفى الانتكاسات بتعديل التفكير الإجرامى.

---

(٤) الفواصل العرضية cross-lags: العلاقة الإحصائية بين حقيقتين. تحليل المسار path analysis: يستخدم لوصف الاعتماد الموجه بين مجموعة من المتغيرات، ومن أمثلته تحليل العدوانية، والتحليل العاملى، والتحليل التمييزى.

الخلاصة

يوجز الفصل الحالى نموذج التفكير الإجرامى المكون من جزأين متشابكين، محتوى التفكير الإجرامى وعملية التفكير الإجرامى. وقد عُرِّف التفكير الإجرامى فى هذا الفصل بأنه وضع محتوى التفكير الإجرامى بجوار عملية التفكير الإجرامى بطريقة تدخل الفرد فى صراع مع قواعد المجتمع المتعلقة بالإجرام. ويمكن تنظيم نتائج هذا الفصل المخصصة للبحث والتطبيق فى الطب الشرعى وعلم النفس الإصلاحى فى أربع تيمات مرتبطة بآخر أربعة أقسام من هذا الفصل: الوصف والتفسير والتقييم والتغيير. بالنسبة للوصف، نحتاج إلى صياغة فهم أوضح للطريقة التى يتحرك بها الناس إلى أعلى التدرج الهرمى للتفكير الإجرامى وإلى أسفله. هل تتدفق المعلومات بسهولة إلى أعلى التدرج الهرمى (استقراء) كما تتدفق إلى أسفل التدرج الهرمى (استدلال)؟ وهو سؤال إمبريقى توجهه مقاربة لمعالجة المعلومات للبحث فى المعرفة الإنسانية. وأثناء ذلك يمكن أن نعجب من تعقد التدرج الهرمى باستخدام مقاييس من قبيل الاختبار النفسى لأساليب التفكير الإجرامى لخلق تسلسل أدق بين المستويات وداخلها. ويرجع هذا إلى أن هذا الاختبار منظم أيضاً بتدرج هرمى، مع وضع التفكير الإجرامى العام الشامل فى القمة، والمقاييس المركبة فى المستوى التالى، ومقاييس أساليب التفكير تحت المقاييس المركبة، والمقاييس الفرعية لأساليب التفكير فى القاع (انظر الشكل ١٥، ١).

فى تفسير السياقات الثقافية والتطورية والزمنية للتفكير الإجرامى، من الضرورى تقدير طبيعة التفكير الإجرامى وبنيته. وإحدى القضايا الرئيسية المتضمنة فى فهم طبيعة مفهوم نظرى مثل التفكير الإجرامى هى إن كانت البنية الكامنة للبناء متصلة

(بُعْدية) dimensional أم مقسمة (تصنيفية) (28). أخضع ولترز (45) مؤخرا الاختبار النفسى لأساليب التفكير الإجرامى وصيغة فحص أسلوب حياة الإجرام Lifestyle Criminality Screening Form (54) لتحليل للقياس التصنيفى باستخدام إجراءات مثل mean above minus below a cut (MAMBAC)، وأعلى قيمة حقيقية maximum eigen-value (MAXEIG)، والتحليل العاملى للنمط الكامن (latent mode factor analysi L-Mode)(٥). كشفت النتائج عن دعم متوسط للبنية البعدية على الاختبار النفسى لأساليب التفكير الإجرامى، ودعم متواضع على صيغة فحص أسلوب حياة الإجرام، ودعم قوى عند اتحاد الاختبار النفسى لأساليب التفكير الإجرامى وصيغة فحص أسلوب حياة الإجرام. أظهرت دراسة تالية لولترز Walters وماك كوى McCoy (52) أن استخدام المجموعات المتطرفة (فى المعدلات على الاختبار النفسى لأساليب التفكير الإجرامى؛ بالتحديد، الذكور والإناث من طلاب الجامعات والجناة المحتجزين) لم تغير البنية البعدية الأساسية للاختبار النفسى لأساليب التفكير الإجرامى. إحدى هذه النتائج أن المفهوم النظرى للتفكير الإجرامى، بفضل طبيعته المتصلة، على الأقل كما يقاس بالاختبار النفسى لأساليب التفكير الإجرامى، عام إلى حد ما، وأن البشر يختلفون فى الدرجة وليس فى النوع فى هذا المفهوم.

افترِض نوعان مختلفان من عملية التقييم فى هذا الفصل، أحدهما مصمَّم لقياس محتوى التفكير الإجرامى (مقياس المشاعر الإجرامية، ومقاييس المواقف الإجرامية وما يصاحبها) والآخر مصمم لقياس عملية التفكير الإجرامى (الاختبار النفسى لأساليب التفكير الإجرامى)، ومع ذلك ينبغى ملاحظة أن هذه المقاييس قاصرة على مجالاتها الخاصة، وتقيس مقياس المشاعر الإجرامية، ومقاييس المواقف الإجرامية وما يصاحبها جوانب من عملية التفكير الإجرامى، بالضبط كما يقيس الاختبار النفسى لأساليب التفكير الإجرامى جوانب من محتوى التفكير الإجرامى. ويبقى أنه يجب رؤية

---

(٥) mean above minus below a cut (MAMBAC): طريقة للتحليل التصنيفى تعتمد على أن البيانات إذا كانت تصنيفية، فينبغى وجود معدل نموذجى يفصل بين مجموعتين.

إن كان اتحاد هذين النوعين من عمليات التقييم يولِّد نتائج أعلى مما يمكن أن ينتجه هذان النوعان من العمليات منفصلين. ومن الحيوى أيضًا أن نوضح أن عملية تقييم تستمر لتتنبأ بمخالفات السجن والانتكاسات حتى بعد ضبط متغيرات من قبيل العمر والتاريخ الإجرامى (أى قبل المخالفات أو عمليات التوقيف) وعمليات تقييم الخطورة الشائعة التى لا تتم بالتقرير الذاتى من قبيل القائمة السيكوباتية أو صيغة فحص أسلوب حياة الإجرام. وفيما يتعلق بهذا، وجد ميلز Mills وكرونر Kroner وهيماتى Hemmati (21) أن مقاييس المواقف الإجرامية وما يصاحبها تنبأت بالانتكاسات العامة والعنيفة بعد ضبط المعلومات الإحصائية العامة الحقيقية عن الانتكاس (22)، وحدد ولترز وماندل Mandell (15) أن معدل التفكير الإجرامى العام فى الاختبار النفسى لأساليب التفكير الإجرامى تنبأ بالمخالفات التأديبية بعد ضبط العمر والمخالفات التأديبية السابقة والمعدلات على القائمة السيكوباتية: نسخة الفحص (15). ما يحتاج إلى تحديد هو إن كانت مقاييس المواقف الإجرامية وما يصاحبها والاختبار النفسى لأساليب التفكير الإجرامى تتمتع بصلاحية متزايدة بالنسبة للعمر والتاريخ الإجرامى وعمليات التقييم الحقيقى أو تقييم الخطورة من قبيل المعلومات العامة عن الانتكاس أو القائمة السيكوباتية: نسخة الفحص.

لا يتطلب البحث المستقبلى عن التغيير الاكتفاء بتوضيح أن التفكير الإجرامى والسلوك الإجرامى مترابطان، وأن التفكير الإجرامى يستجيب للتدخل المعرفى والتدخل المعرفى السلوكى، لكن ينبغى علينا أيضًا توضيح أن التغيرات الناجمة عن التدخل فى التفكير الإجرامى مرتبطة سببيا وبشكل مباشر بالتغيرات فى السلوك الإجرامى. كما لاحظنا من قبل، إن تحليل المسار ونموذج المعادلة المنظمة مكيفان بشكل جيد لمهمة طرح هذا السؤال البحثى الخاص(٦). باستخدام تصميم بحثى طولى شامل، قد يقيِّم المرء فى البداية احتياجات إجرامية مختارة وعوامل خطورة تلعب دورًا تفاعليا فى

---

(٦) نموذج المعادلة المنظمة structured equation modeling (SEM): تقنية إحصائية لاختبار العلاقات العلية وتقييمها باستخدام بيانات إحصائية وفرضيات علية نوعية.

الاستجابة للعلاج، حيث يشير البحث إلى أن ذوى الخطورة الأعلى ذوى الاحتياجات الإجرامية الأكبر يميلون للاستجابة للتدخل بشكل أفضل من ذوى الخطورة الأقل ذوى الاحتياجات الإجرامية الأقل (1). يمكن توزيع المشاركين بشكل عشوائى على طريقة من طرق التدخل، أو قائمة انتظار المجموعة الضابطة، وفى نهاية التدخل يمكن أن تخضع المجموعتان لمقاييس محتوى التفكير الإجرامى (مقياس المشاعر الإجرامية ومقاييس المواقف الإجرامية وما يصاحبها) وعملية التفكير الإجرامى (الاختبار النفسى لأساليب التفكير الإجرامى)، بعد ذلك يمكن المتابعة بحثا عن دليل على المخالفات التأديبية أو الانتكاسات. باستخدام روابط الفواصل العرضية، يمكن للباحثين تحديد إن كانت التغيرات فى التفكير الإجرامى تتوسط فى تأثير التدخل فيما بعد على المخالفات التأديبية أو الانتكاسات.

فى الختام، أود تكرار أن التفكير الإجرامى بناءٌ مكون من جزأين (محتوى وعملية)، منظَّمٌ فى تدرج هرمى، أى إنه بُعْدى وسياقى فى طبيعته، أى إنه يمكن تقييمه باستخدام المقاييس المتنوعة بالتقرير الذاتى، وإنه قابل للتغيير. البحث المستقبلى والتطبيق الإكلينيكى لهذا البناء مطلوبان لفهم أكثر اكتمالا لبنية التفكير الإجرامى ووظيفته وطبيعته. فاقت الاحتمالات والفرضيات المناسبة للتفكير الإجرامى إلى حد بعيد عدد الدراسات التى أجريت على هذا البناء، وهكذا لا يزال هناك الكثير من العمل الذى يلزم القيام به. وهناك الكثير من الاحتمالات والفرضيات بالفعل، وهذا العدد الكبير لا يمكن أن يتضمنه هذا الفصل. على سبيل المثال، ربما تطلب الأمر وضع الانكسار المسيطر-التفاعلى لعملية التفكير الإجرامى فى الاعتبار عند القيام بتدخل مع الجناة الإجراميين، لأن من المفترض أنه بينما قد تكون البرامج التقليدية التى تركز على المهارات، مثل معالجة الغضب، ومعالجة التوتر، والتدريب على حل المشاكل، فعالة مع التفكير الإجرامى التفاعلى، فمن المحتمل أن تكون هذه البرامج غير فعالة مع التفكير الإجرامى المسيطر. سعى الفصل الحالى إلى تنظيم المعلومات الخاصة بالتفكير الإجرامى ويقدم توصيات بكل من البحث والتطبيق الإكلينيكى. ويرجع الأمر للقارئ، رغم ذلك، بوصفه إكلينيكيا أو باحثا لتطوير المجال إلى أبعد من حالته البدائية الحالية.

المراجع

1. Andrews, D.A., Zinger, I., Hoge, R.D. et al. (1990) Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. Criminology, 28, 369-404.

2. Benedict, R. (1934) Pattern of Culture, Houghton Mifflin, Boston.

3. Berman, A.H. (2004) The reasoning and rehabilitation program: assessing short- and long-term outcomes among Swedish prisoners. Journal of Offender Rehabilitation, 40, 85-103.

4. Blud, L., Travers, R., Nugent, F. and Thornton, D. (2003) Accreditation of offending behaviour programmes in HM Prison Service: 'What Works' in practice. Legal and Criminological Psychology, 5, 69-81.

5. Crick, N.R. and Dodge, K.A. (1996) Social information-processing mechanisms in reactive and proactive aggression. Child Development, 67, 993-1002.

6. Diamond, S. (1974) In Search for the Primitive: A Critique of Civilization, Transaction Books, New Brunswick, NJ.

7. Dodge, K.A. (1991) The structure and function of reactive and proactive aggression, in The Development and Treatment of Childhood Aggression (eds D.J. Pepler and K.H. Rubin), Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ, pp. 201-18.

8. Dodge, K.A. and Coie, J.D. (1987) Social information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. Journal of Personality and Social Psychology, 53 (6), 1146-58.

9. Dodge, K.A., Price, J.M., Bachorowski, J.A. and Newman, J.P. (1990) Hostile attributional biases in severely aggressive adolescents. Journal of Abnormal Psychology, 99, 385-92.

10. Gendreau, P., Andrews, D.A., Goggin, C. and Chanteloupe, F. (1992) The Development of Clinical and Policy Guidelines for the Prediction of Criminal Behaviour in Criminal Justice Settings (programs Branch user report), Ministry of the Solicitor General of Canada, Ottawa, Ontario, Canada.

11. Gendreau, P., Goggin, C.E. and Law, M.E. (1997) Predicting prison misconducts. Criminal Justice and Behavior, 24, 414-31.

12. Gendreau, P., Little, T. and Goggin, C. (1996) A meta-analysis of predictors of adult recidivism: what works! Criminology, 34, 401-33.

13. Gendreau, P., Grant, B.A., Leipciger, M. and Collins, C. (1979) Norms and recidivism rates for the MMPI and selected experimental scales on a Canadian delinquent sample. Canadian Journal of Behavioral Science, 11, 21-31.

14. Gottfredson, M.R. and Hirschi, T. (1990) A General Theory of Crime, Stanford University Press, Stanford, CA.

15. Hart, S.D., Cox, D. and Hare, R. (1996) Manual for the Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV), Multi-Health Systems, Toronto, Canada.

16. Healy, D. and O'Donnell, I. (2006) Criminal thinking on probation: a perspective from Ireland. Criminal Justice and Behavior, 33, 782-802.

17. Kelly, G.A. (1955) The Psychology of Personal Constructs, Vol. 1 and 2, New York.

18. Kohlberg, L. (1984) Essays in Moral Development, Volume II. The Psychology of Moral Development: The Nature and Validity of Moral Stages. Harper & Row, San Francisco.

19. Lemert, E.M. (1951) Social Pathology, McGraw-Hill, New York.

20. Mills, J.F., Kroner, D.G. and Forth, A.E. (2002) Measures of Criminal Attitudes and Associates (MCAA): development, factor structure, reliability, and validity. Assessment, 9, 240-53.

21. Mills, J.F., Kroner, D.G. and Hemmati, T. (2004) The Measures of Criminal Attitudes and Associates (MCAA): the prediction of general and violent recidivism. Criminal Justice and Behavior, 31, 717-33.

22. Nuffield, J. (1982) Parole Decision-Making in Canada: Research Towards Decision Guideline, Solicitor General of Canada, Ottawa, Ontario, Canada.

23. Palmer, E.J. and Hollin, C.R. (2003) Using the psychological inventory of criminal thinking styles with English prisoners. Legal and Criminological Psychology, 8, 175-87.

24. Perry, D.G., Perry, L.C. and Rasmussen, P. (1986) Cognitive social learning mediators of aggression. Child Development, 52, 700-11.

25. Piaget, J. (1977) The Development of Thought, Viking, New York.

26. Poulin, F. and Boivin, M. (2000) Reactive and proactive aggression: evidence of a two-factor model. Psychological Assessment, 12, 115-22.

27. Ross, R.R. and Fabiano, E. (1985) Time to Think: A Cognitive Model of Delinquency Prevention and Offender Rehabilitation, Institute of Social Sciences and Arts, Johnson City, TN.

28. Ruscio, J., Haslam, N. and Ruscio, A.M. (2006) Introduction to Taxometric Method: A Practical Guide, Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ.

29. Simourd, D.J. (2001, March) Criminal Attitudes: A Background of Theory, Assessment, and Intervention, Workshop presented at Diversion Services, Tulsa, OK.

30. Simourd, D.J. (1997) The Criminal Sentiments Scale-Modified and Pride in Delinquency Scale: psychometric properties and construct validity of two measures of criminal attitudes. Criminal Justice and Behavior, 24, 52-70.

31. Simourd, D.J. and Andrews, D.A. (1994) Correlates of delinquency: a look at gender differences. Forum on Correctional Research, 6, 26-31.

32. Simourd, D.J. and Olver, M.E. (2002) The future of criminal attitude research and practice. Criminal Justice and Behavior, 29, 427-46.

33. Simourd, D.J. and van de Ven, J. (1999) Assessment of criminal attitudes: criterion-related validity of the Criminal Sentiments Scale-Modified and Pride in Delinquency Scale: psychometric properties and construct validity of two measures of criminal attitudes. Criminal Justice and Behavior, 26, 90-106.

34. Slaby, R.G. and Guerra, N.G. (1988) Cognitive mediators of aggression in adolescent offenders. I. Assessment. Developmental Psychology, 24, 580-8.

35. Smithmyer, C.M., Hubbard, J.A. and Simons, R.F. (2000) Proactive and reactive aggression in delinquent adolescents: relations to aggression outcome expectancies. Journal of Clinical Child Psychology, 29, 86-93.

36. Sutherland, E.H. and Cressey, D.R. (1978) Principles of Criminology, 10th edn, Lippincott, Philadelphia.

37. Sykes, G.M. and Matza, D. (1957) Techniques of neutralization: a theory of delinquency. American Sociological Review, 22, 664-70.

38. Walters, G.D. (1990) The Criminal Lifestyle: Patterns of Serious Criminal Conduct, Sage, Newbury Park, CA.

39. Walters, G.D. (1995) The psychological inventory of criminal thinking styles, Part I: Reliability and preliminary validity. Criminal Justice and Behavior, 22, 437-55.

40. Walters, G.D. (2002) Criminal Belief Systems: An Integrated-Interactive Theory of Lifestyles, Praeger, Westport, CT.

41. Walters, G.D. (2005a) How many factors are there on the PICTS? Criminal Behaviour and Mental Health, 15, 227-37.

42. Walters, G.D. (2005b) Incremental validity of the Psychological Inventory of Criminal Thinking Styles as a predictors of continuous and dichotomous measures of recidivism. Assessment, 12, 19-27.

43. Walters, G.D. (2005c) Proactive and reactive aggression: a lifestyle review, in Psychology of Aggression (ed. J.P. Morgan), Nova Sciences, New York, pp. 29-43.

44. Walters, G.D. (2006) Proactive and reactive composite scales for the Psychological Inventory of Criminal Thinking Styles. Journal of Offender Rehabilitation, 42 (4), 23-36.

45. Walters, G.D. (2007a) The Latent Structure of the Criminal Lifestyle: A Taxometric Analysis of the Lifestyle Criminality Screening Form and Psychological Inventory of Criminal Thinking Styles, Criminal Justice and Behavior, 34, 1623-37.

46. Walters, G.D. (2007b) Measuring proactive and reactive criminal thinking with the PICTS: correlations with outcome expectancies and hostile attribution biases. Journal of Interpersonal Violence, 22, 371-85.

47. Walters, G.D. (in press) The Psychological Inventory of Criminal Thinking Styles and Psychopathy Checklist: Screening Version as incrementally valid predictors of recidivism. Law and Human Behavior.

48. Walters, G.D. and Elliott, W.N. (1999) Predicting release and disciplinary outcome with the Psychological Inventory of Criminal Thinking Styles: female data. Legal and Criminological Psychology, 4, 15-21.

49. Walters, G.D., Frederick, A.A. and Schlauch, C. (2007) Postdicting arrests for proactive and reactive aggression with the PICTS proactive and reactive composite scales. Journal of Interpersonal Violence, 22, 1415-30.

50. Walters, G.D. and Geyer, M.D. (2005) Construct validity of the Psychological Inventory of Criminal Thinking Styles in relationship to the PAI, disciplinary adjustment, and program completion. Journal of Personality Assessment, 84, 252-60.

51. Walters, G.D. and Mandell, W. (2007) Incremental validity of the Psychological Inventory of Criminal Thinking Styles and Psychopathy Checklist: Screening Version in predicting disciplinary adjustment. Law and Human Behavior, 31, 141-57.

52. Walters, G.D. and McCoy, K. (2007) Taxometric analysis of the Psychological Inventory of Criminal Thinking Styles in male and female incarcerated offenders and college students. Criminal Justice and Behavior, 34, 781-93.

53. Walters, G.D., Trgovac, M., Rychlec, M. et al. (2002) Assessing change with the Psychological Inventory of Criminal Thinking Styles: a controlled analysis and multisite cross-validation. Criminal Justice and Behavior, 29, 308-31.

54. Walters, G.D., White, T.W. and Denney, D. (1991) The Lifestyle Criminality Screening Form: preliminary data. Criminal Justice and Behavior, 75, 406-18.

55. Ward, T.D., Hudson, S.M., Johnston, L. and Marshall, W.L. (1997) Cognitive distortions in sex offenders: an integrative review. Clinical Psychology Review, 17, 479-507.

56. Yessine, A.K. and Kroner, D.G. (2004, June) Altering Antisocial Attitudes Among Federal Male offenders on Release: A Preliminary Analysis of the Counter-Point Community Program (Research Report). Correctional Service of Canada, Ottawa, Ontario, Canada.

57. Zhang, Q., Loeber, R. and Stouthamer-Loeber, M. (1997) Developmental trends of delinquent attitudes and behavior: replication and synthesis across domains, times and samples. Journal of Quantitative Criminology, 13, 181-216.

الخلاصة

الفصل السادس عشر

الشخصية واضطراباتها والعنف: نتائج للبحث والتطبيق فى المستقبل

ماري ماك مران وريتشارد هوارد
جامعة نوتنجهام، المملكة المتحدة

المقدمة

جلب هذا المجلد باحثين من مجموعة متنوعة من الفروع المعرفية فى العلوم السلوكية، فى محاولة لطرح قضايا أساسية تتعلق بالشخصية واضطرابات الشخصية والعنف. وقمنا بالتركيز على سمات واضطرابات يُعتقَد أنها ترتبط بزيادة احتمال العنف، حيث التالى ليس نتيجة للأول حتماً. وركز المساهمون على الاندفاع والأبعاد الخمسة الكبار للشخصية والنرجسية والسيكوباتية واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع. ومما له أهمية خاصة هنا مسألة كيف تُزِيد هذه السمات والاضطرابات من احتمال حدوث العنف. ووصف المساهمون الطريق التطورى الذى من خلاله تتحول السوابق المبكرة عبر الحياة إلى اضطرابات الشخصية، مع ارتفاع فى خطورة العنف مرتبط بها. افترضت أيضاً آليات خاصة ربما ترفع خطورة العنف ووُصِفتْ بحوثها الإمبريقية. والآليات الفسيولوجية العصبية والمعرفية والوجدانية والاجتماعية هى بالتأكيد الأساس الذى يمكن أن تتطور عليه العلاجات الفعالة. وفى هذا الفصل

الختامى، نحدد تيمات أساسية ظهرت فى الكتاب. ولنا هدفان: أولا، تحديد المناطق الخصبة المحتملة للبحث، وثانيا توضيح النتائج الحديثة للممارسة الإكلينيكية المعتمدة على الأدلة.

أنواع السيكوباتية

إن الإصابة باضطراب الشخصية ليست شرطًا ضروريا لحدوث العنف؛ واضعين فى الاعتبار العوامل المهيئة والظروف السيئة، قد يتصرف أى واحد منا بعنف. ورغم ذلك، ترتبط بعض خصائص الشخصية بوضوح بزيادة احتمال السلوك المضاد للمجتمع والعنيف بصورة مزمنة. تتضمن الأبعاد التى ناقشها المؤلفون فى النص القلق والنرجسية والغضب وعدم القبول والاندفاع والخوف، والقدرة على التعرف على الانفعالات، والمشاركة الوجدانية. ومن الجلى أننا جميعًا نتصف بهذه الصفات بدرجة معينة، ويحتمل أن تعتمد قدرتها على تفسير العنف على مدى تطرف الفرد على القطب السيئ لهذه الأبعاد، وعلى اتحاد الخصائص المتطرفة والسيئة. ورغم ذلك، علينا الاعتراف بأن إشارة ليفسلى Livesley (17) إلى أن معدلا متطرفًا على سمة أو بُعْدٍ لا يساوى الاضطراب- إن مستويات مرتفعة أو منخفضة على سمة معينة، مثل القبول أو يقظة الضمير، ليست ضرورية أو كافية للإشارة إلى الأداء المضطرب. بتعبير آخر، إن اضطراب الشخصية أكثر من مجرد مجموعة سمات مختلة وظيفيا.

قد يكون لبعض السمات المختلة وظيفيا المرتبطة بالعنف أساس وراثى، لكن تطورها والتعبير عنها، رغم ذلك، يتأثران بعوامل اجتماعية خلال الحياة. تتضمن هذه التأثيرات أساليب التنشئة، وخبرات المدرسة، وتأثيرات الرفاق، ومناخ الحى، والعادات الاجتماعية الأوسع بما فى ذلك السياق الثقافى. وقد تتضمن أيضًا هذه التأثيرات مراسيم القضاء الجنائى والعلاجات النفسية أو العلاجات الأخرى. ويحتمل أن تفسر هذه الخبرات الاجتماعية قدرة بعض الأفراد المضادين للمجتمع والسيكوباتيين على الإحجام عن العنف؛ يتعلم البعض الانضباط الانفعالى والسلوكى، وقد يتعلمون التعبير

عن سماتهم المختلة وظيفيا بطريقة أكثر ملاءمة. ومن المهم فحص الكيفية التى يتعلم بعض الأفراد الخطرين القيام بهذا، حيث إن ذلك يشير إلى اتجاهات محتملة للوقاية الفعالة والعلاج.

بينما توحى أدلة حديثة بارتباط متواضع بين الأوجه الوجدانية والمضادة للمجتمع للسيكوباتية، مقيسة بالقائمة السيكوباتية، والعنف (32)، فإن هذه الصورة تتعقد بأدلة متنامية فى مجال الأنواع الفرعية "للشخصية السيكوباتية". يرى سكيم Skeem وآخرون (30) أنه قد تكون لكل نوع من السيكوباتية أسباب متميزة، وقدرات وجدانية مختلفة، ونوع متميز من العدوانية، وقد تكون هذه الأنواع الفرعية المختلفة قابلة للتغير بدرجة ما. ومن ثم يكون لتحديد الأنواع الفرعية المختلفة نتائج مهمة فى تقييم خطر العنف ومعالجته وعلاجه. فى الفصل السادس يأخذ بلاكبرن هذا الأمر إلى مرحلة أخرى بفحص علاقة النموذج المؤسس على استبيان الشخصية المضادة للمجتمع بالسيكوباتية، مقيسة بالقائمة السيكوباتية. وتنبثق صورة لأنواع متعددة من السيكوباتية، يرتبط كل منها بنمط معقد من الأمراض المتزامنة، مع اضطرابات الشخصية واضطرابات المحور الأول فى الدليل الأمريكى DSM. ويشير إلى أنه قد يكون لكل نوع من السيكوباتية نمط متميز، أو نوع، من العنف مرتبط به، ومطلوب من البحث المستقبلى تناول هذا الاحتمال.

يفترض دى بريتو De Brito وهودجينز Hodgins (الفصل السابع) ثلاثة أنواع فرعية لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع: (1) النوع الفرعى القلق التفاعلى/ضعيف الانضباط انفعاليا؛ (2) النوع الفرعى غير السيكوباتى غير القلق؛ (3) النوع الفرعى السيكوباتى غير القلق. ويتميز النوعان الثانى والثالث بغياب سمات التحجر غير الانفعالى فى الطفولة (فى حالة النوع الفرعى غير السيكوباتى)، أو وجودها (فى حالة النوع الفرعى السيكوباتى). ويقترح دى بريتو وهودجينز أن هذه الأنواع الفرعية الثلاثة تناظر أنواعًا جينية. ويلقيان الضوء أيضًا على أهمية التعرف على المسارات السببية، ويلفتان الانتباه خاصةً إلى تنوع اضطراب السلوك.

وتدعم نتائج الآخرين آراء دى بريتو وهودجينز. على سبيل المثال، فى دراسات اضطرابات الشخصية فى عينة من الطب الشرعى من البالغين، وجد بلاكبرن (2) أن اضطراب السلوك ينقسم إلى سلوكيات غير عدوانية (السرقة، السطو على المنازل، والتأخر خارج البيت، خداع الآخرين) وسلوكيات مؤذية للآخرين (الوحشية تجاه الآخرين والعدوانية والتربص). وبينما قد تبدو هذه السلوكيات مرتبطة بالنوعين القلق وغير القلق عند دى بريتو وهودجينز بالتتابع، وجد بلاكبرن (2) أن جانب الأذى الشخصى فى اضطراب السلوك لا يرتبط فقط بالوجه الوجدانى للسيكوباتى بل بكل الأوجه، بما فيها الجوانب المرتبطة بالعلاقات الشخصية، والجوانب السلوكية، والجوانب المضادة للمجتمع. يركز دى بريتو وهودجينز على وجه النقص الوجدانى فى السيكوباتية، بشكل يتناقض مع موقف هير Hare وزملائه، الذين يحذرون من التركيز الانتقائى على أى وجه بمفرده (23). ويجادلون بأنه بينما يعكس المجال الوجدانى مكوِّنا حاسمًا من مكونات السيكوباتية فإنه لا ينبغى أن يعتبر بداهة أساسيا للاضطراب أكثر من الأبعاد الثلاثة الأخرى، أى مجال العلاقات الشخصية، ومجال أسلوب الحياة، والمجال المضاد للمجتمع.

فى تفسير العنف والسلوكيات الإجرامية الأخرى، من المهم الإبقاء على هذه السلوكيات منفصلة عن البناء التفسيرى المزعوم. أشار سكيم وكوك (29) إلى الحاجة إلى تصور نظرى للأنواع الفرعية للسيكوباتية، يميز بين الميول أو السمات (على سبيل المثال، الاندفاع والتحجر)، والسلوكيات المقننة اجتماعيا (على سبيل المثال، الجريمة والسلوكيات المضادة للمجتمع). وبعد القيام بذلك ينبغى على الباحثين والممارسين فصل عملية فهم الشخصيات السيكوباتية عن مشروع توقع العنف. لكن علينا أن نعترف بأنه، اتفاقا مع بلاكبرن (2)، قد تكون هذه الانتهاكات للقواعد الاجتماعية تجليات لسمة الشخصية. إن تحليل بلاكبرن للعلاقة بين اضطرابات الشخصية فى الدليل الأمريكى وأوجه السيكوباتية فى عينة للطب الشرعى، قاده إلى استنتاج أن السلوك المضاد العام، بتصور عام، خاصية مميزة للسيكوباتية، بينما لا تتجلى السمة الأساسية، الأسلوب الشخصى، بالضرورة فى السلوك الإجرامى. ويمكن الوصول إلى

النتيجة ذاتها من دراسة حديثة عن اضطرابات الشخصية فى عينة مجتمعية، حيث تُحمِّل مقاييس السلوك الإجرامى، بما فى ذلك العنف، على عامل سيكوباتى أعلى (14). على المرء أن يكون حذرًا أيضًا فى افتراض علاقة ذات اتجاه واحد بين اضطراب الشخصية (وخاصة السيكوباتية) والعنف، حيث يمكن الحصول أيضًا على علاقة ذات اتجاهين. وبتعبير آخر، قد لا تؤدى السمات السيكوباتية فقط إلى خطر أكبر للعنف، لكن قد يؤدى أيضًا الانهماك فى الأفعال العنيفة إلى تطور سمات سيكوباتية مثل التحجر (24).

آليات لفهم الروابط بين الشخصية
واضطرابات الشخصية والعنف

إذا كانت هناك اضطرابات سيكوباتية مختلفة، إذن، كما يقترح سكيم Skeem وآخرون (30)، يحتمل أن ترتبط بالعنف بشكل مختلف. ويرتبط بهذا نموذج هوارد Ho-ward للعنف (انظر الفصل الثامن)، الذى قد يساعد على توجيه البحث، وتُقيِّم هذه المنطقية البحثية بفهم أكبر لقضايا من قبيل الاندفاع والنرجسية والغضب وصعوبات الارتباط وانخفاض المشاركة الوجدانية وصعوبات معالجة المعلومات الانفعالية وحل المشاكل الاجتماعية وأساليب التفكير الإجرامى.

مفارقة السيكوباتية:

ربما تتمثل المفارقة الأساسية فى السيكوباتية فى أن نقص الاستجابة الانفعالية، معبَّرًا عنها فى برود السيكوباتى وتحجره، يمكن أن يلازم الانفلات الانفعالى والعنف التفاعلى. فى نموذج العنف الذى يقدمه هوارد فى الفصل الثامن، قد يرتبط العنف الاندفاعى بالوجدان الإيجابى أو السلبى. حين يرتبط بالوجدان السلبى يصاحبه غضب

انفجارى أو تفاعلى وكرب ذاتى؛ ويتجلى، سلوكيا، فى صورة تنفيس عنيف بدافع الوجدان السلبى. وقد يرتبط هذا أكثر باختلال التنظيم الانفعالى الذى يُرَى فى اضطراب الشخصية الحدية والسيكوباتية الثانوية. وحين يرتبط بوجدان إيجابى، يصاحب العنفَ الاندفاعى ابتهاجٌ وإثارةٌ ذاتيان، ويعتبر انفعال الغضب إيجابيا وجدانيا. ويدفع البحثُ عن الإثارة والحاجة إلى مستويات من التنبيه أعلى من هذا السلوك باستمرار. ويعتقد أنه ربما يرتبط أكثر باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، وخاصة حين يتزامن مع السادية الجنسية (1). يشير كيرتش Kirsch وبيكر Becker (15) إلى أنه بينما يستطيع الساديون الجنسيون التعرف على الكرب الانفعالى فى الآخرين فقد يستجيبون له بلذة، لا بمشاعر التعاطف أو الكرب الشخصى. أثناء العمل العنيف، تُعلَّق بالضرورة المشاركة الوجدانية مع الضحايا- ومن أمثلة المشاركة الوجدانية الخاصة بالضحية مثال يقدمه مرشال ومرشال وسيرين فى الفصل الثانى عشر، لتعديل المشاركة الوجدانية، الذى يقوم به الأفراد المضادون للمجتمع لتسهيل أعمالهم الإجرامية كما تذكر لوجان Logan فى مناقشة النرجسية فى الفصل الخامس. ويقال إن النرجسيين يظهرون عجزًا انفعاليا أكثر تفشيا فى التماهى مع الآخرين والشعور بهم. ويفترض أن يظهر السيكوباتيون الثانويون، الذين يظهرون جوانب من كل من اضطرابى الشخصية الحدية والمضادة للمجتمع، النوعين الاثنين من العنف الاندفاعى، وأن يتحولوا غالبًا بين الأنواع المتعاقبة من العنف الاندفاعى اعتماداً على الحالة الداخلية (مثلا، قلق مرتفع مقابل قلق منخفض) والسياق (مثلا، تعتبر البيئة مهددة أم مثيرة).

يمثل نموذج السيكوباتية، الذى طوره بلير، محاولة أخرى لفهم هذه المفارقة، ويُقدَّم جانبٌ منه فى الفصل التاسع. يتمثل حل بلير لهذه المفارقة فى ربط وجه النقص الوجدانى للسيكوباتية (البرود وسمات التحجر غير الانفعالى) بعيوب فى الخوف والمشاركة الوجدانية مما يؤدى، فى رأيه، إلى سلوك اجتماعى سيئ. وتحت عيوب الخوف والمشاركة الوجدانية عيوب فى ارتباط تعزيز التنبيه، يدعمه خلل فى وظيفة اللوزة. يربطه جانب الانفلات الانفعالى ضد التيار بالعدوانية التفاعلية وجانب السلوك

المضاد للمجتمع فى السيكوباتية؛ وفى اتجاه التيار بخطر الإحباط، وعيب فى تعديل ارتباطات التنبيه والاستجابة؛ وفى النهاية باختلال وظيفة مقدمة الفص الجبهى. وهكذا يمكن أن يتواجد نقص انفعالى يتميز بسمات البرود والتحجر فى الوقت ذاته، طبقا لصيغة بلير، فى السيكوباتى ذاته الذى يتسم بالانفلات الانفعالى. وعلى ضوء مناقشة لوجان للنرجسية فى الفصل الخامس، ربما يقال إن هذا النقص الوجدانى يميز الفرد المضاد للمجتمع مع نرجسية مرَضية قوية- "النرجسى السيكوباتى"، حيث العجز عن المشاركة الوجدانية خاصية بارزة.

الآليات السيكولوجية العصبية:

يوجد تواز لافت بين نموذج نقص تعديل الاستجابة فى السيكوباتية، الذى يوضحه فيتال Vitale ونيومان Newman (الفصل الثالث عشر)، والنموذج السيكولوجى العصبى للانفلات الوجدانى الذى يوضحه هوارد Howard (الفصل الثامن). طبقا للأول، يتمثل العيب الأساسى الذى يتجلى فى السيكوباتيين فى أن "... 'دعوة المعالجة' تنبثق من تفاوت بين نتيجة تصرف ومجموعة غايات أو معايير لا تلبيها عمليات الانتباه من القمة إلى أسفل" (ص ٢٥٦)[١]. ويناظر هذا بدقة اقتراح هوارد، الذى يصاغ أصلا فى سياق نموذج سيكولوجى عصبى للسلوك الهادف (12 و13)، بأن المندفعين وجدانيا يظهرون نشاطًا ضعيفًا فى متقبل الفعل العصبى الذى يشير إلى تفاوت بين النتيجة المتوقعة والنتيجة المحققة (على سبيل المثال، عدم مكافأة أو عقاب فى سياق توقع مكافأة/ عدم عقاب). فى حالة وجود "عدم توافق" مستمر فى متقبل الفعل (أى استمرار إثبات بطلان توقع المكافأة أو عدم العقاب) فإن إشارة "عدم التوافق" من القمة إلى أسفل من الطبيعى أن تكون قوية بشكل كافٍ لتنشيط جهاز تحفيزى منفر مضاد، مما يؤدى إلى تحول فى بؤرة الاهتمام إلى إشارات تدل على العقاب أو عدم

(١) الإشارة هنا إلى رقم الصفحة فى الأصل الإنجليزى، الفصل الثالث عشر.

المكافأة. ويلى هذا أن الإشارات التى ارتبطت أصلا بجهاز "اذهبْ" من الطبيعى أن ترتبط، بالتعليم الترابطى، بجهاز "لا تذهبْ". كما فى نموذج عيوب تعديل استجابة السيكوباتية، يكمن العيب الأساسى فى فشل متقبل الفعل فى تحديد "عدم التوافق"، مما يستهل بشكل طبيعى التحول من "اذهب" (اقتراب) إلى "لا تذهب" (إحجام). فى صيغة فيتال ونيومان، يكمن الانفلات، الذى يقال إن السيكوباتيين يتسمون به، فى تقوية مجموعة الاستجابة الرئيسية. وهذا يناظر، فى نموذج هوارد، الإثارة المستمرة بإشارة عدم توافق الجهاز التحفيزى المكافئ وآلية الانتباه الحليفة له (تسمى "انتباهًا نشطًا" فى دراسة هوارد وفينتون وفينويك (13)). مما يؤدى، كما هو الحال عند فيتال ونيومان، إلى اقتراب مستمر للإشارات التى تستثير إحجام الآخرين. يقدم فيتال ونيومان تعليقًا رائعًا على كيف أن هذه الفشل فى تسجيل تفاوت بين النتائج المتوقعة والمحققة مما يثير فشلا فى عملية تعديل الاستجابة، يمكن أن يفسر فشلا فى ضبط النفْس فى سياق التحريض على العدوانية.

ورغم التماثل اللافت بين التعليقين فإنهما يتباعدان فى بعض النقاط. أولا، ينسب فيتال ونيومان هذه العيوب للسيكوباتيين، وأحيانا للسيكوباتيين الأوليين (منخفضى القلق). يبدو أحيانا أنهما يتضمنان أن السيكوباتيين يفشلون فى مقاومة الدوافع الانفعالية من قبيل "الرغبات العدوانية القوية الملحة" (ص ٢٥٩)[٢]. يقترح فيتال ونيومان، ملخصين فرضية عيب تعديل الاستجابة، أن السيكوباتيين "... مهيئون للعمل وفق **الرغبات الملحة** بمجرد أن تصبح مسيطرة..." (ص ٢٥٨؛ تمت إضافة التأكيد). فى المقابل، ينسب هوارد هذا العيب للمندفعين وجدانيا من المعرضين لما يسميه العنف الاندفاعى، سواء كان هجوميا أم دفاعيا، فى هذا النموذج للعنف. بينما الاندفاع الوجدانى خاصية شائعة فى السيكوباتيين، فإنها خاصية أكثر بروزًا فى السيكوباتيين الثانويين من السيكوباتيين الأوليين، كما يشير بلاكبرن فى الفصل السادس. ويقول

(٢) الإشارة هنا إلى رقم الصفحة فى الأصل الإنجليزى، الفصل الثالث عشر.

بلاكبرن إن السيكوباتيين الثانويين أكثر عرضة لعدم التنظيم الانفعالى لاضطراب الشخصية الحدية. ومن المهم الإشارة هنا إلى أنه تبين أن مرضى اضطراب الشخصية الحدية يظهرون نقصاً فى التجنب السلبى، وهو علامة سلوكية مميزة للنقص فى تعديل الاستجابة (11). ويتبقى لمزيد من البحث تحديد إن كان هذا النقص المشترك فى تعليق فيتال ونيومان (الفصل الثالث عشر) وتعليق هوارد (الفصل الثامن) خاصية مميزة لجانب الانفلات الوجدانى للسيكوباتية، أم لجوانب أخرى، أم هو فى الحقيقة نقص يميز السيكوباتية باعتبارها بناء أعلى.

تكمن نقطة تباعد ثانية بين التعليقين فى الأهمية التى تنسب للنقص الوجدانى فى السيكوباتيين. بينما يلقى فيتال ونيومان الضوء على الفقر الوجدانى لدى السيكوباتيين فى الوصف الكلاسيكى الذى قدمه كليكلى، ويؤكد النموذج الذى قدماه عن نقص تعديل الاستجابة على الانتباه لا الوجدان، باعتباره النقص الأساسى. ويبدو من الصعب رؤية كيف يفسر هذا النقصُ فى الانتباه النقصَ الوجدانى لدى السيكوباتيين- يؤكد اقتباسهما من كليكلى على أنه نقصٌ شاملٌ يتضمن الوجدان الإيجابى كما يتضمن الوجدان السلبى. يقترح تعليق هوارد، فى المقابل، أن الوجدان الإيجابى والسلبى ينبثقان من عملية الأجهزة التحفيزية المرغبة والمنفرة بالتتابع. إذا لم تتم استثارة هذه الأجهزة بشكل كافٍ بإدخال متقبلات الفعل التى تُشَفِّر توقعات المكافأة/ عدم العقاب والعقاب/ عدم المكافأة، تكون هناك نتيجة حتمية، نقص الوجدان الإيجابى والسلبى بالتتابع. ونتيجة لهذا، يظهر السيكوباتيون نقصاً فى الرغبة والخوف. ورغم ذلك، واتساقا مع تعليق فيتال ونيومان، يقال إن الفقر الوجدانى عند السيكوباتيين ينبثق من عيب معرفى عصبى أساسى بشكل أكبر.

تقترح صيغة بلير (الفصل التاسع)، فى المقابل، عيوبا وجدانية خاصة، لا شاملة، ترتبط بمختلف أوجه السيكوباتية. ترتبط العيوب فى الخوف والمشاركة الوجدانية بوجه النقص الوجدانى، بينما يقال إن ارتفاع خطر الإحباط يكمن تحت العدوانية التفاعلية والوجه السلوكى/ المضاد للمجتمع. وهذا لا يتفق مع مفهوم كليكلى عن النقص

الوجدانى الشامل فى السيكوباتية، بما فى ذلك النقص فى كل من الوجدان الإيجابى والسلبى.

من البنود المهمة فى صيغة بلير، كما تقدم فى الفصل التاسع، النقص المفترض فى التعرف على تعبيرات الوجه، وخاصة فى التعرف على تعبيرات الخوف والحزن، فى السيكوباتيين. يعترف بلير بأن أدبيات التعرف على تعبيرات الوجه قدمت نتائج مختلطة إلى حد ما، مع وجود دراسة على الأقل تذكر عدم وجود خلل فى التعرف عليها عند السيكوباتيين (9). وحتى نتيجة سلبية واحدة يجب أن تلقى بالشك على تعميم النقص فى السيكوباتيين. يحتمل، على سبيل المثال، أن مختلف عينات السيكوباتيين المحددين بالقائمة السيكوباتية، التى قدمت نتائج مختلفة، قد تختلف فى الاضطرابات المتزامنة. ويرتبط بهذا الموضوع بشكل خاص تزامن الاعتماد على الكحول. وتشير أدبيات التعرف على تعبيرات الوجه فى مدمنى الكحول، بشكل متسق، إلى وجود عيب، حتى لو كانوا قد أقلعوا لشهورٍ أو سنوات (للمراجعة انظر (26)). إن دراسات تصوير الدماغ brain imaging فى التعرف على تعبيرات الوجه فى مدمنى الكحول نادرة، لكن دراسة حديثة بتصوير مرتبط بالحدث بالرنين المغناطيسى الوظيفى سجلت انخفاضًا فى نشاط الدماغ فى مدمنى الكحول، مقارنة بمجموعة ضابطة من غير مدمنى الكحول فى تفسير تعبيرات الوجه المتمثلة فى الخوف والاشمئزاز والحزن، وليس فى تفسير تعبيرات الوجه المتمثلة فى الغضب (28). وكما يوضح بلير فى الفصل التاسع، قد يكون ذكر عيوب التعرف على الخوف والاشمئزاز والحزن فى أدبيات السيكوباتية دالا. يرى بلير، على أساس تحليل جمعى أجراه مع مارش Marsh (19)، أن الخلل فى التعرف على تعبيرات الوجه لدى السيكوباتيين قاصر على الخوف والحزن. مع ذلك، يبقى المرء مندهشًا من نتيجة هذا التحليل الجمعى لدراسات فردية منضبطة لتاريخ إساءة استخدام الكحول، وخاصة بداية من سن مبكرة. باختصار، مما يقبل الجدل أن العيب فى معالجة تعبيرات الوجه، الذى ينسب للسيكوباتيين، قد يُعزَى إلى تزامن إساءة استخدام الكحول والاعتماد عليه.

ربما تقل قوة هذه الحجة، مع ذلك، إذا كان الخلل الانتقائى فى معالجة تعبيرات الحزن والخوف فى الأطفال ذوى الميول السيكوباتية، الذى سجله بلير وآخرون (3)، تأكد فى الأطفال، قبل البلوغ، ولا يحتمل أن يستخدموا الكحول والمواد الأخرى المحظورة. ومن اللافت بهذا الشأن أن بعض "الأطفال" السيكوباتيين فى دراسة بلير وآخرين (3) كانوا مراهقين- كان الحد الأعلى للعمر ١٧ سنة- بحيث يحتمل أن تكون نسبة منهم ممن يسيئون استخدام الكحول والمواد المخدرة الأخرى (لم تسجل بيانات خاصة بهذا الشأن). وإذا وضعنا فى الاعتبار التزامن المرتفع بين الخصائص الأساسية للسيكوباتية واضطرابات استخدام المواد المخدرة (33) فسيكون من الصعب فصل، فى السيكوباتيين المراهقين أو البالغين، تأثير السيكوباتية عن تأثير استخدام المواد المحظورة على التعرف على تعبيرات الوجه. دراسات التعرف على تعبيرات الوجه فى الأطفال، قبل البلوغ، من ذوى السمات السيكوباتية نادرة، لكن هناك دراسة حديثة فحصت التعرف على تعبيرات مشاعر الوجه فى أطفال من ٧-١٢ سنة ممن حققوا معدلات مرتفعة أو منخفضة على سمات التحجر غير الانفعالى، العلامة المميزة للسيكوباتية فى الأطفال (37). كان الأطفال الذين حققوا معدلات مرتفعة على سمات التحجر غير الانفعالى، مقارنة بمن حققوا معدلات منخفضة، أقل دقة فى التعرف على تعبيرات الحزن فى الوجه، لكنهم، على عكس ما توصل إليه بلير، كانوا أكثر دقة فى تفسير تعبيرات الخوف. من الواضح أن الأمر يتطلب المزيد من الأبحاث لتوضيح هذه القضية.

العمليات الوجدانية والمعرفية في سياق تطوري:

اضطراب الشخصية تشخيص قاصر على البالغين على أساس أن الشخصية تتشكل أثناء الطفولة والمراهقة ولا يمكن أن يقال بشكل قاطع إنها مضطربة حتى تتشكل فى النهاية. ويتضمن هذا أن الشخصية (سواء كانت مضطربة أم غير مضطربة) تثبت فى مرحلة البلوغ. ويوجد، مع ذلك، دليل على التغير عبر الزمن، خاصة

فيما يتعلق بالتحسن فى فوضى المشاعر (16). توضح دراسات حديثة، راجعها تارير Tyrer وآخرون (31)، تغيرًا فى حالة الشخصية فى عينات إكلينيكية وعامة. ثمة نتيجة متسقة فى كل الدراسات التى تمت مراجعتها وهى أن هؤلاء المرضى الذين يحضرون للعلاج، وبشكل خاص (لكنه ليس قاطعًا) من المصابين باضطراب الشخصية الحدية، يظهرون تحسنًا مستمرا على المدى القصير والبعيد. كما يقول تارير وآخرون: "لم نعد نستطيع... رفض قبول أن التغير التلقائى فى خصائص الشخصية يمكن أن يحدث مستقلا عن أى تأثير للعلاج" (ص ٥٤). على مدار العمر، تكون ميول الفرد وخصائصه الأساسية فى تفاعل متبادل مع البيئة الاجتماعية لإنتاج نمط معقد من التفكير والمشاعر والسلوك، أى الشخصية. ولا يتوقف هذا التفاعل المتبادل فى مرحلة البلوغ، مما يعطى بعض الأمل فى إمكانية التغيير، حتى لو كان تعديل أنماط محصَّنة من الخبرة والتفكير والسلوك صعبًا.

تتضح فى الرضع والأطفال اختلافات فردية فى المزاج، بما فى ذلك السلوك الاجتماعى، والانفعالية، والنشاط والانتباه والاندفاع. وقد يكون لهذه المجالات أسس بيولوجية، مرتبطة بأجهزة عصبية تسيطر على وظائف من قبيل تنشيط السلوك، وكبح السلوك، وتنظيم الوجدان، والانتباه. حتى فى سن مبكرة، يوجد تفاعل بين الفرد وبيئته، ولا يمكن أبدًا تفسير هذه الاختلافات الفردية بالجينات أو بالعلوم العصبية وحدها (25). يساعدنا التفاعل بين السمات والخبرات طوال الحياة على فهم الشخصية، مضطربة أو غير مضطربة.

فحصت الدراسات الطولية المسار التطورى لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، محددة العوامل المرتبطة بظهور السلوك المضاد للمجتمع وتصاعده واستمراره والكف عنه. فى مراجعة الأصول التى ترجع للطفولة للسلوك المضاد للمجتمع يلخص فرينجتون (7) أهم عوامل الخطورة فى الاندفاع وانخفاض الذكاء وسوء الإشراف الأبوى، والعقاب الفظ والقاسى، وإساءة المعاملة من الوالدين، والصراع بين الوالدين، والأم الوحيدة، والأسر الممزقة، والآباء المضادين للمجتمع،

والأسر الكبيرة، وتدنى الوضع الاقتصادى والاجتماعى، والإنجاز المنخفض فى الدراسة، وضعف الاهتمام بالتعليم، والرفاق الجانحين. والمهم هنا هى العمليات التى تزيد بها هذه العوامل احتمال الإصابة باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فى مرحلة البلوغ. يقدم فرينجتون (7) تصوراً لهذه العمليات فى نظريته عن الإمكانية المعرفية المتكاملة المضادة للمجتمع Integrated Cognitive Antisocial Potential، حيث الإمكانية المضادة للمجتمع عند الفرد وظيفة لسمات (على سبيل المثال، الاندفاع) تتفاعل مع العوامل الاجتماعية (على سبيل المثال، تعامل الأسرة، الارتباطات بالرفاق) وفرص الأنشطة الاجتماعية والأنشطة المضادة للمجتمع (على سبيل المثال، الوظيفة، والجيران)، بآليات من قبيل الارتباط، وتنظيم النفْس، والتطور المعرفى، واكتساب المهارات، والتحديد. وتطرح هذه العمليات فى هذا النص بالنظر فى صعوبات الارتباط (الفصل الحادى عشر)، والغضب (الفصل العاشر)، وحل المشاكل (الفصل الرابع عشر)، وأساليب التفكير الإجرامى (الفصل الخامس عشر).

يكمن التحدى فى تعرية البناء "المشوش" لاضطراب الشخصية فى مجموعات من البنى التى يمكن فحصها إمبريقيا لتوضيح العمليات التي تعزز اضطراب الشخصية. بهذه الطريقة، نزيد من فهمنا للاختلافات (فى النوع أو الدرجة) بين المضطربين وغير المضطربين، ونحدد ما ينبغى استهدافه فى جهود الوقاية والعلاج. إن اتباع مقاربة تطورية طريقة لفهم تعقد الشخصية. يرسم ليفسلى Livesley (17 و18) تمييزاً مهما بين الاضطرابات فى **محتويات** الشخصية، تشمل السمات المختلة وظيفيا، والمشاكل التنظيمية، والسلوكيات والمعارف غير الملائمة، والاضطرابات فى بنية الشخصية، أو تنظيمها، وتتميز بالفشل فى ترسيخ صور مترابطة للذات وللآخرين، والخلل الشخصى الوظيفى المزمن. ويقترح مستويين من البناء، إضافة إلى مستوى السمات، يتطلب الأمر طرحهما فى تقييم الاختلافات الفردية فى اضطراب الشخصية: الأول، الاهتمامات الشخصية، متضمنة الدوافع والأدوار والغايات واستراتيجيات التعامل؛ والثانى، قصة الحياة التى تقدم حكاية متكاملة عن الماضى والحاضر والمستقبل. ويتطلب الأمر استهداف التقييم والعلاج لهذه المستويات الثلاثة كلها.

بينما يوجد حاليا قدر ضئيل من الأبحاث الإمبريقية التى تتناول الجوانب البنيوية للشخصية فى المصابين باضطراب الشخصية، بدأ التوجه لاستخدام مستويات غير مستوى السمات فى علاجات الجناة. قدم ودر Ward (34) تأملات فى أهداف حياة الجناة والحاجة إلى تطوير خطط للحياة، مترابطة ومرْضية واجتماعية، فى "نموذج الحيوات الطيبة Good Lives Model" لتأهيل الجناة. تطرح ماكموران McMurran والزملاء (21 و22) وصف هذه الغايات الحياتية باعتبارها اهتمامات شخصية ربما تُقيَّم وتتغير بالعلاج. أخيراً، فحص مارونا Maruna (20) دور قصص الحياة فى تشجيع التوقف عن اقتراف الجرائم واستمرار هذا التوقف. ولهذه المقاربات قيمة محتملة فى التطبيق مع الجناة مضطربى الشخصية.

تزامن الاضطرابات

ثمة تيمة مهمة تنبثق فى هذا المجلد تتمثل فى ارتفاع درجة تزامن حدوث اضطرابات الشخصية، فيما بينها ومع الاضطرابات الذهنية الأخرى، فى المصابين باضطرابات الشخصية من المعرضين لخطر اقتراف العنف. وهذا يثير مسألة أن التزامن نتيجة تداخل معايير التشخيص (تقارب وليس تزامنا حقيقيا فى الإصابة؛ (31))، ولا تمثل الحالات المطروحة اضطرابات متميزة. ربما تفسر جزئيا المعايير التشخيصية المتداخلة، على سبيل المثال، التزامن الشائع لاضطرابى الشخصية المضادة للمجتمع والشخصية الحدية، وكل منهما يحتوى على معايير مرتبطة بضعف التحكم فى الغضب والعدوانية (36). وربما يكون تزامن اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والسيكوباتية نتيجة اتحاد وجود الإجرام فى المعايير، والتركيز على دراسة المجرمين. يؤكد احتواء الإجرام أن نسبة عالية من الجناة تنطبق عليهم معايير اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (حوالى ٥٠٪ من المساجين، طبقا لدراسة فازيل Fazel ودانش Danesh (8)). ومن بينهم تنطبق على نسبة فقط المعايير الوجدانية والعيوب الشخصية المطلوبة لتشخيص السيكوباتية (بين المساجين فى المملكة المتحدة،

حقق ٥،٤٪ معدل ٣٠ أو أكثر على القائمة السيكوباتية، وحقق ١٣٪ معدل ٢٥ أو أكثر؛ (10)). ويؤدى هذا إلى وضع يكون فيه إلى حد ما كل السيكوباتيين المجرمين مصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، لكن ليس كل المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع سيكوباتيين.

من الواضح أنه يجب طرح هذه الأمور المصطنعة، أولا بمراجعة معايير التشخيص لتقليل التداخل، وثانيا، بإجراء أبحاث على مجموعات من غير الجناة بالإضافة إلى مجموعات الجناة. وأثناء ذلك، للوضع الحالى نتائج فيما يتعلق بتفسير الأبحاث فى اضطرابات معينة من اضطرابات الشخصية حيث الحالات "النقية" من أى اضطراب من اضطرابات الشخصية نادرة. وينطبق هذا خاصةً على دراسات السيكوباتية، حيث يُعرَّف "السيكوباتيين" بالمعدل القاطع على القائمة السيكوباتية. ربما تختلف إلى حد كبير العينات المعرَّفة بهذه الطريقة فى تزامن حدوث اضطرابات الشخصية، مما يجعل تفسير النتائج عبر الدراسات صعبًا.

يزيد تزامن اضطرابات الشخصية مع اضطرابات المحور الأول فى الدليل الأمريكى DSM Axis I من تعقيد الصورة. إن تزامن حدوث اضطرابات المزاج mood disorders شائع فى ذوى السمات السيكوباتية المرتفعة، وفى المصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (35). ومن الشائع أن يحدث اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع مع مجموعة من اضطرابات القلق (انظر الفصل السابع). ومن الشائع أن تتزامن اضطرابات الشخصية، وخاصة السيكوباتية، مع اضطرابات استخدام المواد المخدرة (33). وقدر تحليل بيانات من عموم سكان المملكة المتحدة معدل انتشار اضطراب الشخصية بنسبة ٤٪ (4). كانت نسب الاعتماد على الكحول أعلى بكثير مع اضطرابات المجموعة "ب" (مقارنة بالاضطرابات التى لا تنتمى للمجموعة "ب")، وأيضًا نسب اقتراف الجرائم. ويحتمل أكثر إلى حد ما أن يكون المصابون باضطرابات المجموعة "ب" معتمدين على الكحول، وكان احتمال اعتماد المصابين باضطرابات المجموعة "ج" على الكحول أقل. يتم توضيح الخطورة الناجمة

عن تزامن المشاكل فى دراسة لتسعين رجلا معتلين ذهنيا (٧٨٪ من الفصاميين) ممن اقترفوا جريمة قتل أو أكثر (٧٢٪) أو ممن حاولوا قتل شخص ما (٢٨٪) (٢٧). أدت إضافة تشخيص اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع إلى زيادة خطورة العنف فى (ثلاثة أرباع مجموع العينة) حملوا تشخيصًا مزدوجًا لعلة ذهنية واضطراب استخدام المواد المخدرة.

إكلينيكيا، هذه الدرجة المرتفعة من "تزامن الأمراض" مهمة. أولا، ربما يُنصح الإكلينيكيون فى الصحة الذهنية فى الطب الشرعى بفحص مرضى اضطرابات الشخصية بحثًا عن اضطرابات أخرى (على سبيل المثال، اضطرابات المحور الأول)، والعكس بالعكس. ثانيا، ينبغى أن تضع خطط العلاج فى الاعتبار التشخيصات المتعددة بحيث يمكن تقديم علاج مناسب لاضطرابات الشخصية والاضطرابات الذهنية الأخرى.

تقييم العنف المرتبط بالشخصية واضطرابات الشخصية وعلاجه

التقييم:

من الواضح أنه يجب القيام بالكثير من العمل لتوضيح التعريفات وتحسين طرق القياس، وينطبّق هذا على كل من أضطرابات الشخصية وسمات الشخصية. إن تداخل التشخيصات، وتركيز الأبحاث على المجموعات الإكلينيكية أو الإجرامية فقط، وخلط متغيرات التفسير مع بناء تحت الدراسة، كلها مصادر للتشويش. ويتحقق الوضوح جزئيا بتعريف إمبريقى أفضل للمجموعات الفرعية للاضطرابات السيكوباتية، وتصميم طرق تقييم جديدة يمكن أن تميز بينها. ويحتمل أن تُحدد هذه الطرق البنى الأسمى، من قبيل المجالات الثانوية عند ليفسلى (17)، ومجالات عدم تنظيم الانفعال، والسلوك

غير الاجتماعى، والكف والقهر، وتدعم السمات الأدنى، من قبيل السمات الأولية عند ليفسلى (17). وتدعم، على سبيل المثال، مجالَ السلوك غير الاجتماعى السماتُ الأولية للاندفاع والسعى وراء الحسى، والنرجسية، والمآثر، والسادية، والمشاكل السلوكية، وهيمنة العداء، والتشكك، والأنانية. إن الأبحاث الطويلة الموجهة نظريا، والدراسات العرضية الجيدة، والدراسات التجريبية، تتمتع كلها بإمكانية المساهمة فى تطوير هذه المنطقة.

وأثناء ذلك، ينبغى على الباحثين والإكلينيكيين التفكير بعمق فى تقييم الخصائص الأساسية لاضطرابات الشخصية السيكوباتية والشخصية المضادة للمجتمع. بالنسبة للأولى، تتضمن هذه الخصائص عيوبًا فى الخبرة الوجدانية، وعيوبًا فى معالجة المعلومات الانفعالية، وعيوبًا فى الانتباه المعرفى، وهى عيوب تعيق انضباط السلوك، والنرجسية. وتتضمن، بالنسبة للأخيرة، الاندفاع والقلق، وأساليب التفكير المضاد للمجتمع، وضعف القدرة على حل المشاكل الشخصية. ربما تتم التقييمات بالمقابلة الإكلينيكية وقائمة التقرير الذاتى، لكن فى بحث عن تقوية المقاييس "الواهية"، يوجد مجال واسع لتطوير طرق معملية إلى صيغ مفيدة إكلينيكيا، يحتمل أن تستخدم على نطاق واسع. وربما تتضمن مهمات زمن التفاعل، والمقاييس الفسيولوجية النفسية، وفحص العمليات المعرفية باستخدام طرق تجعل العمليات الداخلية أكثر شفافية.

العلاج:

من المؤكد أن هناك أدلة قليلة على وجود علاجات فعالة لذوى السمات السيكوباتية المرتفعة، أو للمصابين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (٥؛ ٦). لكن عدم وجود دليل على علاج فعال ليس دليلا على أن وجوده مستحيلٌ. يتطلب الأمر المزيد من العمل الإضافى لتطوير علاجات للعنيفين المصابين باضطرابات الشخصية وتقييمها. إذا كانت هناك أنواع فرعية مختلفة للعنف المنبثق عن الشخصية، فمن الواضح أنها تتطلب علاجات مختلفة. سوف يكون لطرق التدخل التقليدى مكانها، بما فى ذلك زيادة ضبط

النفس وتنظيم الانفعال، وتعليم مهارات حل المشاكل، وتحسين أخذ منظور الآخر، والمشاركة الوجدانية المعرفية، وتحدى الأفكار والقيم المضادة للمجتمع. ويكون لها تأثير أكبر إذا كان هناك أيضًا انتباهٌ لضبط تعاطى الكحول واستخدام العقاقير، وتحسين الاحتواء الاجتماعى، أى مساعدة الناس فى العثور على سكن مستقر ووظائف وشبكات اجتماعية مدعِّمة.

فى تطوير فاعلية طرق التدخل التقليدى لكل من السيكوباتيين والمضادين للمجتمع، يجب الانتباه إلى العمليات المعرفية الضمنية، كما يقترح عدد من المساهمين فى هذا الكتاب. وتتضمن هذه العمليات، على سبيل المثال، الخصائص الخاصة بأداء الانتباه، ضعف التعرف على الإشارات الانفعالية أو حل المشاكل فى ظل الاستثارة الفسيولوجية المرتفعة نتيجة التهديد. وربما لا تكون أكثر قابلية للتغيير خلال طرق التدخل التى تعلم الناس طرقا جديدة للتفكير والعمل فى العالم. ربما تحتاج طرق التدخل إلى أن تتضمن تدريب الانتباه، وإثارة الحساسية للإشارات الانفعالية واستخدام المهارات فى ظل الاستثارة المرتفعة. وتتأسس هذه الطرق فى التدخل على التقنيات الشرطية الكلاسيكية والمؤثرة أكثر مما تتأسس على طرق التدخل المعرفى. رغم ذلك، ربما يكون التحدى الأكبر للمنشغلين فى علاج الجناة مضطربى الشخصية تجاوز طرق التدخل الذى يسعى فقط إلى إحداث تغير فى ما يشير إليه ليفسلى (17) بمحتوى الشخصية، إلى طرق تدخل يسعى إلى تغيير بنيتها، من قبيل تشجيع أداء الشخصية بشكل أكثر ترابطًا.

الخلاصة

نختم هذا الكتاب على أمل أن يساعد فى توسيع اهتمامات البحث ونشاطه، وندرك أن الكثير من الأفكار التى يحتوى عليها سوف تتنحى جانبا بظهور نتائج جديدة. ونكون سعداء إذا قام هذا الكتاب فقط بإلقاء الضوء على وضعنا الحالى فى الجهل النسبى بما يتعلق بالعلاقة بين اضطرابات الشخصية والعنف. ونعزى أنفسنا بفكرة أن الحكمة هى التقدير (أو الإدراك) المتنامى لجهلنا، والتطلع إلى الحاجة إلى نسخة منقحة من هذا الكتاب فى خلال بضع سنوات.

المراجع

1. Berner, W., Berger, P. and Hill, A. (2003) Sexual sadism. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 47, 383-95.

2. Blackburn, R. (2007) Personality disorder and antisocial deviance: comments on the debate on the structure of the Psychopathy Checklist-Revised. Journal of Personality Disorders, 21, 142-59.

3. Blair, R.J., Colledge, E., Murray, L. and Mitchell, D. (2001) A selective impairment in the processing of sad and fearful expressions in children with psychopathic tendencies. Journal of Abnormal Child Psychology, 29 (6), 491-8.

4. Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., et al. (2006b) Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain, British Journal of Psychiatry, 188, 423-31.

5. D'Silva, K., Duggan, C. and McCarthy, L. (2004) Does treatment really make psychopaths worse? A review of evidence. Journal of Personality Disorder, 18, 163-77.

6. Duggan, C., Huband, N. and Smailagic, N. et al. (2007) The use of psychological treatments for people with personality disorder: a systematic review of randomized controlled traits. Personality and Mental Health, 1, 95-125.

7. Farrington, D.P. (2005) Childhood origins of antisocial behaviour. Clinical Psychology and Psychotherapy, 12, 177-90.

8. Fazel, S. and Danesh, J. (2002) Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. Lancet, 359 (9306), 545-50.

9. Glass, S.J. and Newman, J.P. (2006) Recognition of facial affect in psychopathic offenders. Journal of Abnormal Psychology, 115, 815-20.

10. Hare, R.D. Clark, D., Grann, M. and Thornton, D. (2000) Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: an international perspective. Behavioral Science and the Law, 18, 623-45.

11. Hochhausen, N.M., Lorenz, A.R. and Newman, J.P. (2002) Specifying the impulsivity of female inmates with borderline personality disorder. Journal of Abnormal Psychology, 111, 495-501.

12. Howard, R.C. (1981) Slow Cerebral Event-Related Potentials, Conditioning and Personality, Unpublished PhD Thesis. Faculty of Medicine, The Queen's University of Belfast, Belfast.

13. Howard, R.C., Fenton, G.W.F. and Fenwick, P.B.C. (1982) Event-Related Brain Potentials in Personality and Psychopathology: A Pavlovian Approach, John Wiley & Sons, Ltd, Research Studies Press, Letchworth.

14. Howard, R.C., Huband, N., Mannion, A. and Duggan, C. (2008) Exploring the link between personality disorder and criminality in community sample. Journal of Personality Disorders, 22, 589-603.

15. Kirsch, L.G. and Becker, J.V. (2007) Emotional deficits in psychopathy and sexual sadism: implications for violent and sadistic behavior. Clinical Psychology Review, 27, 904-22.

16. Lenzenweger, M.F. and Willett, J.B. (2007) Predicting individual change in personality disorder features by simultaneous individual change in personality dimensions linked to neurobehavioral systems: the longitudinal study of personality disorders. Journal of Abnormal Psychology, 116, 684-700.

17. Livesley, W.J. (2007a) A framework of integrating dimensional and categorical classifications of personality disorder. Journal of Personality Disorders, 21, 199-224.

18. Livesley, W.J. (2007b) The relevance of an integrated approach to the treatment of personality disordered offenders. Psychology, Crime and Law, 13, 27-46.

19. Marsh, A.A. and Blair, R.J. (2008) Deficits in facial affect recognition among antisocial populations: a meta-analysis. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 32, 454-65.

20. Maruna, S. (2001) Making Good: How Ex-Convicts Reform and Rebuild Their Lives, American Psychological Association, Washington DC.

21. McMurran, M., Theodosi, E., Sweeney, A. and Sellen, J. (2008) What do prisoners want? Current concerns of adult male prisoners. Psychology, Crime and Law, 14, 267-74.

22. McMurran, M. and Ward, T. (2004) Motivating offenders to change in therapy: an organising framework. Legal and Criminological Psychology, 9, 295-311.

23. Neumann, C.S., Hare, R.D. and Newman, J.P. (2007) The nature of the psychopathy checklist-revised. Journal of Personality Disorders, 21, 102-17.

24. Neumann, C.S., Vitacco, M.J., Hare, R.D. and Wupperman, P. (2005) Reconstructing the "reconstruction" of psychopathy: a comment on Cooke, Michie, Hart, and Clark. Journal of Personality Disorders, 19, 624-40.

25. Paris, J. (2005) Neurobiological dimensional models of personality: a review of the models of Cloninger, Depue, and Silver. Journal of Personality Disorders, 19, 156-70.

26. Philippot, P., Kornreich, C. and Blairy, S. (2001) Nonverbal deficits and interpersonal regulation in alcoholics, in Nonverbal Behavior in Clinical Context (eds P. Philippot, E.J. Coats and R.S. Feldman), Oxford University Press, New York.

27. Putkonen, A., Kotilainen, I., Joyal, C.C. and Tühonen, J. (2004) Comorbid personality disorders and substance use disorders of mentally ill homicide offend-

ers: a structured clinical study on dual and triple diagnoses. Schizophrenia Bulletin, 30, 59-72.

28. Salloum. J.B., Ramchandani, V.A., Bodurka, J. et al. (2007) Blunted rostral anterior cingulated response during a simplified decoding task of negative emotional facial expressions in alcoholic patients. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31, 1490-1504.

29. Skeem, J. and Cooke, D.J. (in press) Is criminal behaviour a central component of psychopathy? Conceptual directions for resolving the debate. Psychological Assessment.

30. Skeem, J.L., Poythress, N., Edens, J.F. et al. (2003) Psychopathic personality or personalities? Exploring potential variants of psychopathy and their implications for risk assessment. Aggression and Violent Behavior, 8, 513-46.

31. Tyrer, P. Coombs, N., Ibrahimi, F. et al. (2007) Critical developments in the assessment of personality disorder. British Journal of Psychiatry, 190 (suppl. 49), s51-59.

32. Vitacco, M.J., Neumann, C.S. and Jackson, R.L. (2005) Testing a four-factor model of psychopathy and its association with ethnicity, gender, intelligence, and violence. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73, 466-76.

33. Walsh, Z., Allen, L.C. and Kosson, D. (2007) Beyond social deviance: substance use disorders and the dimensions of psychopathy. Journal of Personality Disorders, 21, 273-88.

34. Ward, T. (2002) Good lives and rehabilitation of offenders: Promises and problems. Aggression and Violent Behavior, 7, 513-28.

35. Widiger, T.A. (2006) Psychopathy and DSM-IV psychopathology, in Handbook of Psychopathy (ed. C.J. Patrick), Guilford, New York, pp. 156-71.

36. Widiger, T.A. and Trull, T.J. (1994) Personality disorders and violence, in Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment (eds J. Monahan and H.J. Steadman), University of Chicago Press, Chicago, pp. 203-26.

37. Woodworth, M. and Waschbusch, D. (2008) Emotional processing in children with conduct problems and callous/ unemotional traits. Child: Care, Health and Development, 34, 234-44.

المصطلحات

Abnormal psychology	– علم نفس الشواذ
Activity Preference Questionnaire	– استبيان النشاط المفضل
Affect	– وجدان
Agreeableness (A)	– القبول
Aggression	– عدوانية
Alcohol reward system	– جهاز تشجيع الكحول
Amygdala	– اللوزة
Anger Disorders Scale (ADS)	– مقياس اضطرابات الغضب
Antisocial Personality Questionnaire (APQ)	– استبيان الشخصية المضادة للمجتمع
Antisocial Process Screening Device	– وسيلة فحص العملية المضادة للمجتمع
Arrogant and Deceitful Interpersonal Behaviour	– السلوك الشخصي المتعجرف والمخادع
Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)	– اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط
Avoidant	– اجتنابية
Axons	– المحاور العصبية
Barratt Impulsiveness Scale	– مقياس برات للاندفاع
Behavioural Activation System	– جهاز التنشيط السلوكي
Behavioural Inhibition System	– جهاز الكف السلوكي
Biofeedback	– التغذية الحيوية الرجعية
Bipolar spectrum disorders	– الاضطرابات ثنائية القطب

Blair's Violence Inhibition Mechanism Model	– نموذج آلية كبح العنف لبلير
Brain	– الدماغ
Buss-Perry Aggression Questionnaire	– استبيان العدوانية لبوس وبيرى
Cattell's 16 Personality Factors (16PF)	– عوامل الشخصية الستة عشر لكاتل
	– جدول التفاعلات الشخصية فى بيئات معيشية مغلقة
Chart of Interpersonal Reactions in Closed Living Environments (CIRCLE)	
Cingulate	– المطوقة– النظام الشامل للرورشاخ
Comprehensive System for the Rorschach	– اضطراب السلوك
Conduct Disorder	– فترة الثقة
Confidence interval (CI)	– يقظة الضمير
Conscientiousness (C)	– منضبطون
Controlled	– الإحالة المضادة
Counter-transference	– قضاء جنائى
Criminal justice	– مقياس المشاعر الإجرامية
Criminal Sentiments Scales	– عبر الثقافات
Cross-cultural	– اضطراب الشخصية الخطيرة والحادة
Dangerous and severe personality disorder (DSPD)	
Deduction	– الاستدلال
Deficient Affective Experience	– نقص الخبرة الوجدانية
Delusion	– الهذاء
Dendrites	– الأطراف العصبية
Dependent	– اعتمادية
Diagnostic Interview Schedule	– جدول المقابلة التشخيصية
Dialectical behaviour therapy (DBT)	– العلاج السلوكى الجدلى

Differential diagnosis	– التشخيص التفريقى
Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP)	– التقييم البعدى لباثولوجيا الشخصية
Dimensional model	– نموذج الأبعاد
DSM.	– الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات النفسية
Dissocial	– غير اجتماعى
Distress	– كرب
Eating disorders	– اضطرابات الأكل
Emotion	– انفعال
Empathy	– المشاركة الوجدانية
Epidemiologic	– وبائى
Epidemiological Catchment Area study (ECA)	– دراسة وبائية لمنطقة
Executive cognitive functioning	– الأداء المعرفى التنفيذى
Exploratory factor analysis	– التحليل العاملى الاستكشافى
External validation	– الصلاحية الخارجية
Externalizing syndrome	– متلازمة التجسيد
Extroversion (E)	– الانبساط
Factor-analytic	– التحليل العاملى
Feelings	– مشاعر
Five-factor model (FFM)	– نموذج العوامل الخمسة
FMRI	– أشعة الرنين المغناطيسى الوظيفى
Fusiform cortex	– اللحاء المغزلى
General systems theory	– نظرية النظم العامة
Genetic polymorphism	– التعدد الشكلى الجينى

Gigantic Three	– الثلاثة الكبار
Glia	– أنسجة الربط
Gough's Socialisation scale	– مقياس السلوك الاجتماعية لجوف
Grasmick self-control scale	– مقياس جراسمك لضبط النفس
Grey matter	– النسيج الرمادى
HCR-20	– معالجة الخطر الإكلينيكى التاريخى-٢٠
Hippocampus	– قرن أمون
Hostile	– عداء
Hypothalamus	– تحت المهاد
ICD	– التصنيف الدولى للأمراض
Impulsiveness	– اندفاع
Induction	– الاستقراء
Inhibition	– كف– التحليل العاملى الاستكشافى الأولى
Initial Exploratory Factor Analysis	
Instrumental	– الإجرائية
Insula	– الجزيرة
	– الإمكانية المعرفية المتكاملة المضادة للمجتمع
Integrated Cognitive Antisocial Potential (ICAP)	
Intermittent explosive disorder	– اضطراب انفجارى متقطع
Interpersonal Adjective Scales	– مقاييس الصفات الشخصية
Interpersonal Measure of Psychopathy (IM-P)	– المقياس الشخصى للسيكوباتية
International Personality Disorder Examination	– الفحص الدولى لاضطراب الشخصية
Lifestyle Criminality Screening Form	– صيغة فحص أسلوب حياة الإجرام
limbic structures	– البنى الطرفية

- الجهاز الطرفى limbic system
- اكتئاب جسيم Major depression
- الإنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية أ MAOA
- اختبار موديسلى للوسواس القهرى

Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI)
- متوسط حجم التأثير Mean effect size (d)
- مقاييس المواقف الإجرامية وما يصاحبها

Measures of Criminal Attitudes and Associates (MCAA)
- تحليل جمعى Meta-analysis
- اختبار منيسوتا للشخصية متعدد الأوجه

Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)
- اختبار الشخصية متعدد الأوجه الثانى لمينسوتا

Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2
- الاختبار الإكينيكى متعدد المحاور لميلون

Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-1)
- الاختبار الثانى الإكلينيكى متعدد المحاور لميلون

Millon Clinical Multiaxial Inventory II (MCMI-II)
- الاختبار الإكلينيكى الثالث متعدد المحاور لميلون

Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)
- تحليل النماذج المختلطة Mixed-model analysis
- البيولوجية العصبية الجزيئية Molecular neurobiological
- اضطرابات المزاج Mood disorders
- استبيان الشخصية متعدد الأبعاد

Multidimensional Personality Questionnaire (MPQ)

Narcissistic Personality Inventory (NPI)	– اختبار الشخصية النرجسية
Neocortex	– اللحاء الجديد
NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI)	– اختبار العوامل الخمسة–نيو
NEO-Personality Inventory (NEO-PI)	– اختبار الشخصية–نيو
Neurobiological	– عصبية حيوية
Neurotic extroversion	– الانبساط العصابى
Neurotic introversion	– الانطواء العصابى
Neuroticism (N)	– العصابية
Novaco Anger Scale	– مقياس نوفاكو للغضب
Numerical taxonomy	– التصنيف الرقمى
Openness (O)	– التفتح
Oppositional defiant disorder	– اضطراب التحدى المعارض
Organic brain syndrome	– متلازمة الإصابة العضوية فى الدماغ
Over-controlled	– خانع
Paranoid	– ارتيابية
Passive-aggressive	– العدوانية السلبية
Personality Assessment Inventory (MAI)	– اختبار تقييم الشخصية
Prefrontal cortex	– مقدمة الفص الجبهى
Prisoner's Dilemma game	– لعبة مأزق السجين
Proactive Criminal Thinking	– التفكير الإجرامى المسيطر
Projective techniques	– تقنيات الإسقاط
Pseudo-psychopathic	– سيكوباتية زائفة
Psychoneurotic	– النفسية العصابية
Psychopharmacological	– العلاجات الدوائية النفسية

- القائمة السيكوباتية المنقحة	Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)

- الاختبار النفسى لأساليب التفكير الإجرامى

Psychological Inventory of Criminal Thinking Styles (PICTS)

- الاجتماعية النفسية	Psychosocial

- المعالجات النفسية	Psychotherapeutic

- استبيان قياس المشاركة الوجدانية الانفعالية

Questionnaire Measure of Emotional Empathy

- اضطراب الارتباط التفاعلى فى الرضاعة والطفولة المبكرة

Reactive Attachment Disorder of Infancy and Early Childhood

- التفكير الإجرامى التفاعلى	Reactive Criminal Thinking

- مركز التنشيط الشبكى	Reticular activating centre

- نظرية الارتدادى	Reversal theory

- خطورة برتوكول العنف الجنسى	Risk for Sexual Violence Protocol

- شبه فصامية	Schizoid

- فصامية	Schizotypal

- تقييمات الذات	Self-appraisals

- التوجيه الذاتى	Self-directedness

- التداوى الذاتى	Self-medication

- حفظ الذات	Self-preservation

- اعتبار الذات	Self-regard

- التسامى الذاتى	Self-transcendence

- نوى الحاجز	Septal nuclei

- حزمة تقييم مقترفى المخالفات الجنسية	Sex Offenders Assessment Package (SOAP)

Social Functioning Questionnaire — استبيان الأداء الاجتماعى

– الاختبار المعدل لحل المشاكل الاجتماعية

Social Problem Solving Inventory-Revised (SPSI-R)

somatoform — الجسدنة

– استبيان تقييم المستشفيات المتخصصة للشخصية والسلوك الاجتماعى

Special Hospitals Assessment of Personality and Socialisation (SHAPS)

standardised mean effect size (d) — المتوسط المعيارى لحجم التأثير

Structured Clinical Interview — بالمقابلة الإكلينيكية المنظمة

– المقابلة الإكلينيكية المنظمة لاضطرابات المحور الثانى فى الدليل الأمريكى الرابع

Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders

Structural phenomenology — الفينومنولوجيا البنيوية

Sympathy — التعاطف

Synapses — نقاط التشابك

Taylor Manifest Anxiety Scale — مقياس تايلور للقلق الظاهر

– استبيان الشخصية متعدد الأبعاد لتيليجن

Tellegen's Multidimensional Personality Questionnaire (MPQ)

Thematic Apperception Test — اختبار إدراك التيمة

Transference — الإحالة

Uncontrolled — منفلت

Violence — عنف

Welsh Anxiety Scale — مقياس ويلش للقلق

المترجم فى سطور

- عبد المقصود عبد الكريم
- شاعر مصرى من مواليد قرية "طنامل" بمحافظة الدقهلية، أول يونيو ١٩٥٦
- استشارى الطب النفسى والأعصاب
- من أهم أعماله:

* الشعر:

- أزدحم بالممالك: أصوات، ١٩٨٠
- أزدحم بالممالك (١٩٨٨): الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٩٢
- يهبط الحلم بصاحبه: هيئة قصور الثقافة، ١٩٩٣، مكتبة الأسرة، ٢٠٠٧
- للعبد ديار وراحلة: مكتبة الأسرة، ٢٠٠١
- نسخة زائفة: تحت الطبع

* الترجمة:

- فنتازيا الغريزة، د. هـ. لورانس: دار الهلال، ١٩٩٣
- الحكمة والجنون والحماقة، ديفيد روبرت لانج: الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٩٦

- نظرية الأدب المعاصر وقراءة الشعر، بشبندر: الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٩٦ طبعة ثانية، مكتبة الأسرة ٢٠٠٥

- قصر الضحك، زبجنيف: هيئة قصور الثقافة، ١٩٩٧

- جاك لاكان وإغواء التحليل النفسي، مجموعة من المؤلفين، إعداد وترجمة: المجلس الأعلى للثقافة، ٢٠٠٧

-الرجل البطيء، كوتسى: الهيئة المصرية العامة للكتاب، سلسلة الجوائز، ,٢٠٠٧

- إسطنبول: المدينة والذكريات، أورهان باموق: الهيئة المصرية العامة للكتاب، سلسلة الجوائز، ,٢٠٠٨

- إليزابيث كستلو، كوتسى: الهيئة المصرية العامة للكتاب، سلسلة الجوائز، ٢٠٠٨ .

- العار، كوتسى: الهيئة المصرية العامة للكتاب، سلسلة الجوائز، ٢٠٠٩ .

- أنا أورهان والى، مختارات من شعر أورهان والى: سلسلة آفاق عالمية، الهيئة العامة لقصور الثقافة، ٢٠٠٩ .

- القصر الزجاجى، أميتاف جوش: المركز القومى للترجمة، ٢٠٠٩ .

- فرويد وبروست ولاكان، مالكولم بوى: المركز القومى للترجمة، ٢٠٠٩ .

- أفكار شكسبير، أشياء أخرى فى السماء والأرض، ديفيد بِفينجتون: دار آفاق بالتعاون مع المركز القومى للترجمة، ٢٠١٠ .

- الجاذبية المميتة، سوزان ليونارد: المركز القومى للترجمة، ٢٠١٠ .

- داى، أ. ل. كيندى، تحت الطبع، سلسلة الجوائز، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

- الإعداد والانتحال، جولى ساندرز، المركز القومى للترجمة، ٢٠١٠ .

- على ونينو، رواية، قربان سعيد، سلسلة آفاق عالمية، ٢٠١٠ .

- فضائح الترجمة، لورانس فينتى، المركز القومى للترجمة، ٢٠١٠ .
- القصص الفائزة بجائزة أوه هنرى عام ٢٠٠٧، تحت الطبع، سلسلة الجوائز، الهيئة المصرية العامة للكتاب
- جسد المرأة، كلمة المرأة، فدوى مالطي دوجلاس، تحت الطبع.
- التفرد والنرجسية، ماريو جاكوبى: تحت الطبع.
- فيرونيكا قررت أن تموت، رواية، باولو كويلهو، تحت الطبع.
- مختارات شعرية، مايا أنجلو، تحت الطبع.
- مختارات من الشعر الأمريكي، ألن جنسبرج وآخرون، تحت الطبع.

* **الدراسة :**

جماليات الحلم والنسيان: دراسة فى الحلم والشعر، تحت الطبع.

المحرران فى سطور :

– مارى ماكموران Mary McMurran: أستاذة فى قسم الصحة النفسية الشرعية Section of Forensic Mental Health، فرع الطب النفسى، جامعة نوتنجهام، المملكة المتحدة. وتتركز أبحاثها حول نظريات حل المشاكل الاجتماعية وفهم المصابين باضطرابات الشخصية وعلاجهم؛ وتقييم العدوانية والعنف المرتبطين بتعاطى الكحول وعلاجهما؛ فهم حافز الجناة للتغيير وتعزيز هذا الحافز. وقد نشرت أكثر من ١٠٠ مقال وفصل فى كتب.

– ريتشارد هوارد Richard Howard: أستاذ مشارك وقارئ فى اضطرابات الشخصية فى جامعة نوتنجهام وباحث فى وحدة بيكز الأكاديمية للبحث، مستشفى رامبتون، المملكة المتحدة. يهتم باضطرابات الشخصية منذ سبعينيات القرن العشرين، حيث أجرى بحثا فى علم وظائف الأعصاب على المعالجة الوجدانية فى الجناة المصابين باضطرابات الشخصية. ويتمثل عمله الرائد فى الجمع بين علم الأعصاب المعرفى وعلم النفس الشرعى forensic/ cognitive neuroscience.

التصحيح اللغوى : محمد المصرى
الإشراف الفنى : حسن كامل